



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE POS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Fernanda de Souza Cardoso

ENTRE SILÊNCIOS, SUSSURROS E GRITOS: O CORPO FEMININO
ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE MAMA

Juiz de Fora

2009

Fernanda de Souza Cardoso

**ENTRE SILÊNCIOS, SUSSURROS E GRITOS: O CORPO FEMININO
ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE MAMA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Orientadora: Profa. Dra. Eliana Lúcia Ferreira

Juiz de Fora - MG

2009

**ENTRE SILÊNCIOS, SUSSURROS E GRITOS: O CORPO FEMININO
ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE MAMA**

Fernanda de Souza Cardoso

ORIENTADOR (A): Eliana Lúcia Ferreira

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física, da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Aprovada em ____/____/____

Prof^a Dr^a Maria Onice Payer

Prof. Dr. Carlos Fernando Cunha

Prof^a Dr^a Eliana Lúcia Ferreira

DEDICATÓRIA

À Deus por me garantir a energia, a fé e a força e por me conceder uma missão tão difícil, mas tão iluminada: fazer ecoar a voz, os silêncios, os sussurros e os gritos dessas mulheres, pelas quais também sou responsável.

Aos meus pais, exemplos, incentivadores, crentes de minha capacidade, mais do que eu, por me permitirem acreditar, por me amarem tão intensamente e me sustentarem nas mãos, nos pés, no coração.

Às minhas duas irmãs guerreiras, amigas, admiradoras, luz em minha vida: a Xú por me mostrar que tudo podia ser mais fácil do que eu imaginaria e a Lú por me conduzir em meio a um caminho tão dolorido me garantindo a sensibilidade deste dizer.

À toda a minha família, que pelo amor supera a cada dia todos as pedras do caminho e permanece unida apesar das diferenças.

Aos meus amigos, irmãos de coração, que graças a Deus são muitos, por me mostrarem sempre que eu podia, que eu posso sempre: ser, fazer e dizer.

Às minhas meninas, mulheres, heroínas, que mudaram minha vida: silenciando, dizendo, dançando.

À todas as mulheres, que enfrentaram, um câncer, mas que de uma maneira ou de outra, estão aqui retratadas, simbolizando a força, a coragem, a essência de ser feminino, mas também seus medos, fraquezas, humanidades.

AGRADECIMENTOS

À Deus por me adular tanto, garantindo as coisas, as pessoas, as oportunidades!
Por me possibilitar a responsabilidade e a capacidade de fazer o bem.

À minha família, por sua presença intensa, iluminada e fortalecedora, nela me recupero, nela me fortaleço, por ela me guio. Obrigada por sempre me resgatarem!

À minha orientadora Prof^a Eliana, que desde o começo acreditou que eu fosse capaz! Com ela aprendi, “cresci”, me “tornei”! Obrigada em não se contentar apenas em me conduzir na pesquisa, mas por partilhar comigo tantos outros momentos.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Juiz de Fora e à Universidade Estadual de Montes Claros por garantir o desenvolvimento e a finalização da minha pesquisa.

Às minhas meninas e ao Projeto Vida Presente, por me permitir conhecer e dizer sobre o câncer. Vocês me prepararam para experiências das quais eu nem imaginava e me conduziram a olhar onde eu jamais ousaria sozinha. E mais e também por tantos outros ensinamentos, dos quais nenhuma ciência é capaz de evidenciar, nem explicar.

Ao “meu Compassos”: família, amigos, amores! Com vocês e por vocês, nunca me faltará inspiração!

À Elis e Roger, não tenho como esquecer, pois foi com vocês que tudo começou! Vocês serão sempre exemplos, orientadores, incentivadores e mais e acima de tudo, amigos, “grandes” em tudo!

Às pessoas maravilhosas que encontrei em Juiz de Fora, hoje amigos para vida toda: vocês fizeram doce e afetivamente intenso o tempo que estive fora de minha casa. Aos meus anjos: Carol e toda sua família; Michelle; Marcella e sua família; Otávio, para todas as horas. À Bruninha, Karlinha, Lívia, que turma Papai do Céu me deu! Sou muito feliz por ter conhecido vocês.

Às meninas da Maria Elisa, em especial à Fabi, por se mostrar sempre tão generosa, humilde e carinhosa, me auxiliando em muitos momentos de dúvida.

A todos aqueles que percorreram comigo esse caminho, em especial à “Safira”, a mais nova integrante da família, e a Xú, sem vocês eu realmente não conseguiria!

À Prof^a Maria Onice Payer, por tão sábias e sensíveis arguições ao meu trabalho. Ter você em minha banca além de ter sido uma honra, garantiu à minha pesquisa mais clareza e mais sensibilidade. Suas palavras me asseguraram para finalização de meu texto.

Ao Prof^o Carlos Fernando, por todas as contribuições objetivas, pelo discernimento e participação imprescindíveis. Agradeço ainda pelos elogios recebidos e pelo novo olhar evidenciado sobre o meu objeto de estudo.

RESUMO

Sendo o câncer uma patologia que cada vez mais invade nosso tempo e nossos espaços e entendendo o mesmo como um processo de adoecimento complexo, repleto de muitos avanços, muitas não respostas, mas muitos significados, é que se propõe essa investigação. Tomamos desta maneira, como objeto, sentidos do/sobre o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama. O estudo se iniciou a partir da experiência usando a linguagem da dança e suas diferentes intervenções comunicativas, com um grupo de mulheres, todas portadoras de câncer de mama, participantes do Projeto Vida Presente, um projeto de extensão da Universidade Estadual de Montes Claros. Tendo participado como integrante da equipe deste grupo, e por um ano permanecendo na posição de professora de dança, foi possível um primeiro contato, uma primeira via para apreensão, entendimentos, questionamentos. Esta comunicação, este vínculo, criou uma comunicação entre professora e alunas, que mais tarde vieram a se tornar pesquisadora e sujeitos pesquisados, se constituindo em um problema de pesquisa na perspectiva de buscar os sentidos e os significados pelos discursos daquelas que viveram a experiência de serem acometidas pelo câncer de mama. Neste sentido esta dissertação foi estruturada sob a forma de três seções: a primeira, “Um olhar sobre o câncer de mama: a atividade física e seu significado para mulheres participantes de grupo de apoio”, versa sobre o significado desta prática corporal para mulheres acometidas por tal patologia e que estão inseridas em grupo de apoio, uma vez que a Educação Física como área da saúde, tem ampliado suas possibilidades de intervenção, sendo que cada vez mais estes profissionais são inseridos em novas perspectivas de atuação. A segunda seção, “Corpo feminino e câncer de mama”, diz respeito a compreensão sobre o corpo feminino e como o mesmo é atingido pelas delimitações, limitações e construções socioculturais e como estas intervenções se relacionam com a identidade do que é ser mulher nos espaços sociais. A investigação se constrói, pela análise dos discursos de mulheres com câncer de mama, na busca do entendimento do sentir, dos sentidos outros, ou não, estabelecidos a partir da experiência do sujeito com a doença, do corpo com o câncer. E finalmente, “Mito e corpo: reflexões sobre o câncer de mama”, apresenta uma reflexão sobre o corpo e o mito, identificando alguns mitos relacionados ao

câncer, reconhecendo como isso se dá no contexto do corpo feminino acometido pelo câncer de mama. Utilizamos para análise e discussão dos dados coletados procedimentos qualitativos, sendo o suporte metodológico a Análise do Discurso (AD) em sua vertente francesa, representada no Brasil por Eni Orlandi. O grupo amostral foi constituído por 06 mulheres do referido projeto, com idade dos 44 aos 66 anos, todas acometidas pelo câncer de mama, em processo de acompanhamento e que sofreram intervenção cirúrgica, ou seja, mastectomizadas. O instrumento usado foi a entrevista semiestruturada, contendo nove questões abertas, sendo que anteriormente foram feitos questionamentos sobre dados pessoais para melhor reconhecimento acerca da população investigada. Os recortes da entrevista, usados em cada seção dizem respeito às temáticas de cada uma delas. Esta foi uma pesquisa que se fez importante, uma vez que tratamos de um processo de adoecimento que envolve muitos aspectos, impactos, estigmas, “silêncios”, mas também muitas particularidades, descobertas, sensibilidades. Propagar os discursos de mulheres que tiveram seus corpos atravessados por um câncer talvez seja uma maneira de minimizar algumas das tantas impossibilidades, e no meio delas, uma possibilidade que garanta, pelo menos, a responsabilidade social de qualquer pesquisa.

Palavras-chaves: Corpo. Mulher. Câncer de mama. Atividade física.

ABSTRACT

Being the cancer a disease that increasingly invades our time and spaces and understanding it as a complex disease process, filled with many advances, not many answers, but many meanings, it is proposed by this research. We take this way, as an object, the senses of/on the female body crossed by breast cancer. The study started from the experiment using the language of dance and its different communication interventions, with a group of women, all suffering from breast cancer, participants of Present Life Project, an extension project of the State University of Montes Claros. Having participated as a team member of this group, and for one year remained in the position of dance teacher, it was a possible first contact, a first way to apprehension, understanding, questioning. This communication, this relationship has created a communication between teacher and students, who later became a researcher and researched subjects. And then, constituting a research problem in the perspective of seeking senses and meanings by the speeches of those women who lived the experience of being affected by breast cancer. In this sense, this thesis was structured in the form of three chapters: the first, "A look at breast cancer: physical activity and its significance for women participating in a support group," focuses on the significance of this bodily practice for women affected by this disease, and are inserted in a support group, since the physical education as health area has expanded its scope of action, and increasingly these professionals are inserted into new perspectives for action. The second chapter, "Body and female breast cancer" refers to comprehension about the female body and how it is affected by boundaries, limitations and sociocultural constructions and how these interventions relate to the identity of what is to be a woman in space social. The research is constructed through the analysis of discourse of women with breast cancer, in seeking for understanding of feeling, the other senses, or not, established from the subject's experience with the disease, the body with cancer. And finally, "Myth and Body: Reflections on breast cancer", is a reflection on the body and the myth, identifying some of the myths related to cancer, and recognizes how it occurs in the context of the female body affected by breast cancer. In all the articles we used qualitative procedures, and as methodological support we used Discourse Analysis (DA) in the French side, represented in Brazil by Eni Orlandi. The sample

group consisted of 06 women of that project, individuals aged 44 to 66 years, all affected by breast cancer, in the process of monitoring and undergone surgical intervention, or mastectomy. The instrument used was the semistructured interview containing nine open questions, but were previously made inquiries about personal data for better recognition on the population investigated. This was an important survey, since we treat a disease process that involves many aspects, impacts, stigmas, "silences", but also many particularities, findings, sensitivities. Propagating the discourses of women who had their bodies pierced with a cancer may be one way to minimize some of so many impossibilities, and among them, an opportunity that ensure at least the social responsibility of any search.

Keywords: Body. Woman. Breast cancer. Physical activity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Fotografia 1:** Aula Projeto Vida Presente. Arquivo Pessoal. 19
- Fotografia 2:** Câncer de mama; 2008 retirado do site:
<http://www.justooncologia.com.br/service3.aspx> 23
- Fotografia 3:** Mulheres dançando, adaptado do livro Vienne 1880-1938: l'apocalypse Joyense, Paris : Centre Pompidou, 1986, p. 392. 42
- Fotografia 4:** A liberdade guiando o povo, Eugene Delacroix 1831; retirado do site: www.faac.unesp.br/.../08_jose_romao.htm 48
- Fotografia 5:** The Child's Bath, Mary Cassat 1891; retirado do site <http://www.allposters.com/gallery.asp?> 48
- Fotografia 6:** Judith, Gustav Klimt 1901; retirado do site www.hugotechera.com/image/judith.jpg 48
- Fotografia 7:** A Negra, Tarsila do Amaral; adaptado do livro Tarsila: sua obra e seu tempo, São Paulo: Tenenge, 1986, p. 96. 51
- Fotografia 8:** A Virgem e o Menino à frente de um Guarda Fogo; adaptado do livro: Lendo Imagens, 2001, p. 63. 58
- Fotografia 9:** O casamento de Vênus, Sandro Boticelli; adaptado do livro: Mitologia: o primeiro encontro. São Paulo: Círculo do Livro S.A, 1982, p. 45. 63
- Fotografia 10:** As Graças, Hans Baldung; adaptado do livro: Mitologia: o primeiro encontro. São Paulo: Círculo do Livro S.A, 1982, p. 109. 63
- Fotografia 11:** Caridade, Francesco Salviati; adaptado do livro: O Livro da Arte, São Paulo: Martins Fontes, 1996, p. 409. 63
- Fotografia 12:** Hércules e a Hidra de Lerna, Antonio Pollaiuolo; retirado do site <http://wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Hercules> 65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização da amostra da pesquisa

77

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AD	Análise do Discurso
CAISM	Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher
INCA	Instituto Nacional do Câncer
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNIMONTES	Universidade Estadual de Montes Claros

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 UM OLHAR SOBRE O CÂNCER DE MAMA: A ATIVIDADE FÍSICA E SEU SIGNIFICADO PARA MULHERES PARTICIPANTES DE GRUPO DE APOIO.....	20
2.1 O adoecer de câncer de mama e seus impactos.....	22
2.2 Atividade física e câncer.....	25
2.3 Análise e discussão.....	29
3 CORPO FEMININO E CÂNCER DE MAMA.....	43
3.1 Análise e discussão	44
4 MITO E CORPO: REFLEXÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA.....	59
4.1 O mito em diferentes épocas.....	60
4.2 Análise e discussão	61
5 METODOLOGIA.....	73
5.1 Objeto e objetivos da pesquisa.....	73
5.2 Tipo de pesquisa.....	73
5.3 O referencial metodológico: o método da análise do discurso.....	75
5.4 Os sujeitos da pesquisa.....	77
5.5 Procedimentos de análise.....	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	96
APÊNDICE.....	99

1 INTRODUÇÃO

O câncer é nos dias atuais, como explica Maruyama (2006, p. 172), considerado um problema de saúde pública, uma enfermidade com alta incidência e alto índice de mortalidade, correlacionado à fatores tanto biológicos quanto sócio-culturais. E apesar da evolução no que diz respeito ao diagnóstico e atendimento ao indivíduo acometido/afetado pelo câncer, esta ainda é uma doença bastante temida, impregnada de estigmas, medos e mitos.

O Brasil é classificado pelo Ministério da Saúde entre os países com mais elevada incidência de câncer em todo mundo. As pesquisas tais como Guerra, Gallo e Mendonça (2005, p. 228) e dados do DATASUS (2004) têm constatado que o câncer tem sido uma das principais causas de morte, afetando parcela expressiva da população mundial.

Love (1998) explica que no organismo normal o ciclo de proliferação celular é rigorosamente controlado, no entanto, as células cancerígenas possuem o DNA danificado, por isso, escapam dos mecanismos de controle do ciclo celular. O “câncer” surge de uma única célula que sofre mutação, multiplica-se por mitoses e suas descendentes são acumuladas à outras mutações até originar-se uma célula cancerosa, portanto a incidência destes tumores se caracteriza pela proliferação celular anormal, cuja denominação correta é neoplasia.

Alguns pesquisadores tais como: Bacurau e Costa Rosa (1997, p. 143), Maruyama et al. (2006, p. 172) ressaltam alguns fatores envolvidos no processo de desenvolvimento do câncer que podem levar o indivíduo a uma maior exposição à doença, como: algumas substâncias químicas (carcinógenos), alguns vírus, radiação, fatores psicológicos, ambientais, genéticos, reprodutivos, hábitos de vida e fatores nutricionais. Sobre um desses hábitos Nieman (1999, p. 59) relata que no ano de 1996, no caminho da prevenção, a atividade física regular foi adicionada à lista de medidas preventivas defendidas pela American Cancer Society, tendo ocorrido uma demora no sentido de identificar a inatividade física como um fator de risco, já que ligar a mesma à doença crônica é uma relação complexa devido a tantos outros fatores do estilo de vida difíceis de serem mensurados.

Desta maneira, a Educação Física enquanto área do conhecimento envolvida com o corpo e o movimento, insere-se na responsabilidade de lidar com este corpo,

corpo com câncer e com o mover-se do mesmo. O sentido é de atuar, intervindo efetivamente no corpo, por meio de suas legítimas e planejadas ações, sejam naqueles já acometidos pelo câncer ou como um dos fatores associados à “saúde” dos sujeitos que não possui tal doença, mas que também pode usufruir de suas diferentes práticas. Sob suas especificidades a garantia de contribuir com as outras diferentes áreas e /ou intervenções no sentido do enfrentamento de uma questão cada vez mais presente em nosso contexto.

Além do mais vem justificar o corpo feminino e o câncer de mama como uma área de conhecimento da Educação Física e de tantas outras, amenizando a escassez de bibliografia específica nesta área e apontar um contexto cada vez mais invadido pela Educação Física, sendo para isso necessário uma apropriação de conhecimentos relacionados ao corpo, à saúde e a doença e uma ampliação de uma intervenção efetiva com relação ao corpo e as práticas corporais.

O câncer de mama enquanto doença crônica é um dos tipos que tem provocado um índice significativo de acometimento e modificado sobremaneira nosso tempo e nossas interferências sobre este referido corpo. Hegg (2000, p. 463) demonstra em relação à sua incidência que a neoplasia mamária tem aumentado de forma geral, sendo apontado como a doença que mais vitima, principalmente entre as mulheres.

Na opinião de Kushner (1981, p. 260) “todas as mulheres que contraíram a doença aprenderam a viver na incerteza, mesmo as que se submeteram a grandes cirurgias”. O domínio do incerto invade seus cotidianos: o desconhecimento dos acometimentos advindos do câncer, o medo do tratamento e seus efeitos sobre o organismo, o medo da recorrência, o olhar social sobre o corpo doente. Neste sentido, essa doença da incerteza vai acometer o sujeito que é “social”, ou seja, aquele que apreende e sente pelas construções do meio em que vive, coletivamente, numa ação de reciprocidade. Desta forma, toda intensa mistificação que envolve o câncer, bem como seus diferentes estigmas podem influenciar a forma de enfrentamento e o prognóstico da doença. Importante dizer que outros acontecimentos poderão se instalar após o diagnóstico e o tratamento, dentre eles a possibilidade da “cura”.

Diante de tamanha complexidade sobre o adoecimento de câncer e os impactos também sobre os espaços sociais é que são delineadas algumas intervenções. Sob esta perspectiva e atentos à importância de ações públicas que

viesses contribuir com projetos que dessem assistência às pessoas acometidas pelo câncer, é que em 2006 a Fundação Padre Tiãozinho de Apoio ao paciente oncológico, da cidade de Montes Claros, criou um programa de atendimento às mulheres com câncer de mama. Tendo em vista a necessidade de programas multidisciplinares e atenta às necessidades sociais é que em 2008, a Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES aprovou o desenvolvimento do projeto de extensão, Vida Presente, cujo propósito é oferecer um programa sistematizado de atividade física para mulheres com câncer de mama e ao mesmo tempo oportunizar um espaço que possibilite o exercício da sociabilidade. Através de convite pela coordenação do programa, em 2007 passei a integrar a equipe multidisciplinar do projeto.

A partir de um primeiro contato com as mulheres atendidas pelo projeto, em processo de tratamento ou em acompanhamento, pude desenvolver um trabalho de dança, por quase um ano. As aulas de dança aconteciam todas às quintas-feiras, sendo que às terças, estas mulheres também faziam aula de ginástica, com outra professora envolvida no projeto. O trabalho com a dança levou primeiramente em consideração o reconhecimento das características e especificidades do grupo em questão, sendo que no decorrer deste período foi possível escutá-las e observá-las corporalmente, o que me auxiliou no planejamento das aulas. Estas aulas se basearam na experiência enquanto bailarina de dança contemporânea, já a oito anos, explorando deste entendimento o diálogo entre diferentes linguagens. No decorrer das atividades, por muitas vezes ouvi das mulheres algumas frases que me deixava “incomodada”, no sentido de tentar realizar atividades que proporcionassem alguns momentos de expressividade, comunicação, já que a dança também é linguagem, uma oportunidade de experimentar seus corpos, de “dizer” e de “ouvir” sobre o câncer na vida, no corpo de cada uma, e mais e também, “ouvir” sobre elas mesmas, antes de tudo: mulheres. As frases que mais se repetiam eram: *“essas aulas são maravilhosas”*; ou *“eu não gostaria de ter de voltar para casa, passaria o dia todo aqui”*, e ainda *“fico contando os dias para chegar a quinta-feira”*. Pelos vários relatos escutados, vários questionamentos foram surgindo: Aquelas aulas poderiam contribuir para o ressignificar da vida daquelas mulheres? Como a descoberta da doença atingiu a vida e as relações das mesmas? Com a inserção no Projeto houve mudança em relação ao enfrentamento da doença, ao próprio corpo e

nas relações inter-pessoais? O que estava relacionado às diferentes maneiras de se comportarem daquelas mulheres, entre si, durante as aulas de dança?

A partir destes questionamentos percebi indícios de que as práticas corporais poderiam ser uma possibilidade para que estas mulheres com câncer de mama se sentissem “incentivadas”, “olhadas”, “cuidadas”. No entanto, se fazia necessário compreender como esse processo se constituía. Nesta linha de raciocínio, Bergamasco e Angelo (2001, p. 280) pontuam a eficácia dos grupos de terapia para o paciente com câncer, auxiliando no ajuste psico-social do mesmo e favorecendo no enfrentamento da doença. Assim o Projeto Vida Presente, enquanto grupo de apoio, cria um suporte interdisciplinar, envolvendo o profissional de educação física no processo terapêutico destes sujeitos.

Pedroso, Araújo e Stevanato (2005, p. 159) afirmam que no caso do câncer, são fortes as evidências dos efeitos benéficos da atividade física nas diferentes fases da doença e de seu tratamento. De acordo com os referidos autores no período do diagnóstico e no período que antecede o tratamento, o indivíduo tem na condição física o suporte para enfrentar a terapia, já na reabilitação existe uma preocupação em preservar as capacidades físicas do indivíduo e também com a retomada de suas atividades cotidianas. E em alguns casos onde ocorre intervenção cirúrgica há a indicação de exercícios para auxiliar a retomada dos movimentos e redução da chance de complicações pós-cirúrgicas.

Diante da temática do câncer e de toda sua complexidade, esta pesquisa se propôs investigar os sentidos do/sobre o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama.

O estudo segue estruturado em três seções:

Seção 1 - “Um olhar sobre o câncer de mama: atividade física e seu significado para mulheres participantes de grupo de apoio”, aborda o significado desta prática corporal para mulheres acometidas por tal patologia e que estão inseridas em grupo de apoio, uma vez que a Educação Física como área da saúde, tem ampliado suas possibilidades de intervenção, sendo que cada vez mais estes profissionais são inseridos em novas perspectivas de atuação.

Seção 2 – “Corpo feminino e câncer de mama”, relaciona-se a compreensão sobre o corpo feminino e como o mesmo é atingido pelas delimitações, limitações e construções socioculturais e como estas intervenções se relacionam com a identidade do que é ser mulher nos espaços sociais. A investigação se constrói, pela

análise dos discursos de mulheres com câncer de mama, na busca do entendimento do sentir, dos sentidos outros, ou não, estabelecidos a partir da experiência do sujeito com a doença, do corpo com o câncer.

Seção 3 – “Mito e corpo: reflexões sobre o câncer de mama”, reflexões sobre o câncer de mama”, apresenta uma reflexão sobre o corpo e o mito, identificando alguns mitos relacionados ao câncer, reconhecendo como isso se dá no contexto do corpo feminino acometido pelo câncer de mama.



Fotografia 1: Aula Projeto Vida Presente.

Fonte: O autor (2008).

2 UM OLHAR SOBRE O CÂNCER DE MAMA: A ATIVIDADE FÍSICA E SEU SIGNIFICADO PARA MULHERES PARTICIPANTES DE GRUPO DE APOIO

A Educação Física como área da saúde, tem ampliado suas possibilidades de atuação, cada vez mais estes profissionais são inseridos em novas perspectivas de atuação. A atividade física tem se tornado uma grande aliada nos mais diversos momentos da vida do ser humano. Ela deixou de ser uma prática somente de corpos “saudáveis” para ser uma prática dos corpos que clamam por estar “saudáveis”, ou seja, sua relação com o processo saúde-doença é bastante evidenciada.

As pesquisas como de Prado *et al.* (2004); Battaglini *et al.* (2004); Guerra, Gallo e Mendonça (2005) apontam para a necessidade de se desenvolver programas de atividade física como parte integrante no processo de “cura” do sujeito acometido por alguma doença.

Palma (2000, p. 97) destaca que é possível relacionar a atividade física a “alterações positivas para combater ou prevenir o aparecimento de diversas doenças, tais como: doenças cardiovasculares, obesidade, diabetes, osteoporose, entre outras”, e o sedentarismo apareceria então como fator de risco para estas doenças.

Para Fabbro, Montrone e Santos (2008, p. 534) cuidar de mulheres que enfrentaram um câncer e a cirurgia, em sua totalidade é um desafio para os profissionais da saúde. “Não é suficiente o conhecimento técnico-científico e tecnologia avançada, é necessário oferecer suporte humano”. Desta forma, os grupos de apoio, de maneira geral, podem estar relacionados nesta conduta, no desenvolvimento de diversas atividades em busca do processo de cura:

Sendo assim, o trabalho aqui apresentado se caracteriza, portanto como uma busca no sentido de compreender sobre o significado da atividade física para mulheres acometidas pelo câncer de mama, que fazem parte de programas de grupo de apoio. Com a clareza de que a saúde está relacionada à história do indivíduo e deste com a sociedade, e de que ela é, assim, uma experimentação do indivíduo (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003, p. 19), buscaremos adiante nos exercitar no sentido de apresentarmos um diálogo dos aspectos relacionados ao corpo: que é biológico, mas que também é social.

O adoecer de câncer de mama, os conceitos, as características, os eventos e de que maneira o mesmo atingirá o sujeito; e ainda a relação do câncer com a atividade física, farão parte de nossa investigação na busca do entendimento como essa prática se significa numa formação discursiva dada, tendo como *corpus* para análise os dizeres de mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Neste sentido focalizaremos nossos esforços no sentido de apresentarmos a atividade física, enquanto prática corporal e sua relação com o câncer. Prática corporal, porque ocorre sobre o corpo, no que Le Breton (2006, p. 39) chamou de técnicas do corpo, ao recordar Mauss. E essa técnica, sob esse ponto de vista, é considerada uma construção sócio-cultural, e não somente física e biológica. Por essa razão, levantamos questões com relação a quais são as atribuições e os aspectos relacionados a esta patologia e a atividade física, quais os mecanismos aí envolvidos, não nos limitando apenas aos aspectos fisiológicos e efeitos crônicos dos praticantes, mas levando em consideração outros aspectos como: a possível intervenção nas relações e no convívio social, numa acepção ampla da referida relação atividade física e câncer e do conceito do que vem a ser saúde.

Importante ressaltar que concordamos com um pensamento que amplia o olhar sobre o corpo, e o processo saúde-doença, não admitimos como eixo norteador da discussão, apenas o viés biológico da “atividade física”, vislumbramos considerar, também, as contribuições que outras interfaces do conhecimento podem nos oferecer para a compreensão da problemática complexa pertinentes ao tema (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003, p. 8).

Diante de tal problemática relacionada ao sujeito e ao câncer, muito nos interessa os impactos sobre o ser social e as mudanças advindas da “posição sujeito”, mulher com câncer, não no sentido de uma categorização dessa posição, mas no sentido daquilo que se relaciona e constitui o sujeito. O que chamamos aqui de “posição sujeito” é colocado por Orlandi (2007, p. 40) como os diferentes lugares que se fazem valer na comunicação, aquilo que significa no discurso são exatamente estas posições, e elas assim o fazem, em relação ao contexto sócio-histórico e à memória (o saber discursivo, o já dito).

Há nesse sentido que considerarmos as reflexões, os problemas, os cuidados com o corpo, por exemplo, como uma dimensão da cultura corporal, que constitui um campo de atuação e investigação da Educação Física; “um fenômeno gerado historicamente e do qual emergem valores questionadores da sociedade como um

todo, e sobre o qual são exercidas influências da estrutura social vigente” (CARVALHO apud LUZ, 2007, p. 27).

Ao nos referirmos ao adoecer de câncer de mama se faz necessário o reconhecimento dos aspectos relacionados a essa doença e o entendimento de como a mesma atinge o sujeito acometido por ela. As interferências sobre a sociabilidade do ser e sobre as relações por ele construídas são importantes para o direcionamento do nosso estudo, uma vez que nos propomos investigar se há, ou não, uma relação da atividade física com o processo de reinserção social da mulher acometida pelo câncer de mama, e se ocorreu esse deslocamento dentro da dinâmica social.

2.1 O adoecer de câncer de mama e seus impactos

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) “câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo”. Estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis levando a formação de tumores (acúmulo de células cancerosas) ou neoplasias malignas. Dependendo do local onde o câncer se inicia muda-se a denominação do mesmo: carcinoma, se este se inicia em tecidos epiteliais como pele ou mucosas e sarcoma, se começa em tecidos conjuntivos como osso, músculo ou cartilagem.

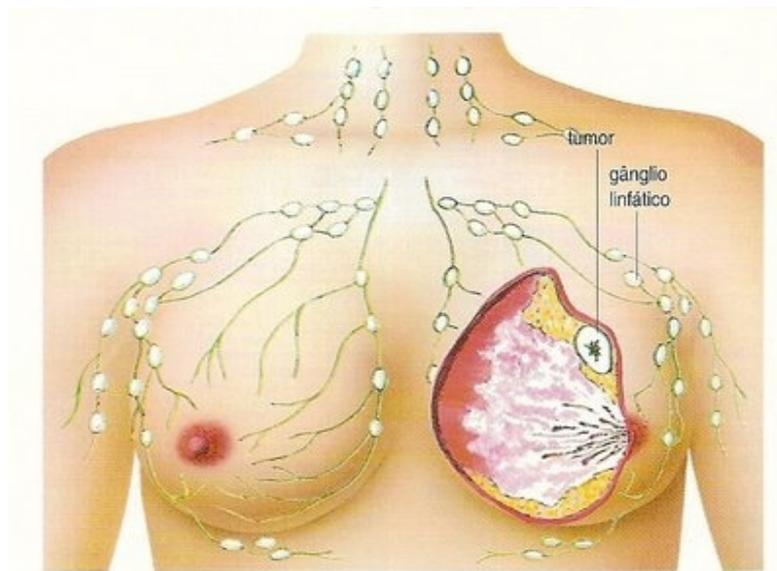
A etiologia do câncer ainda é desconhecida, porém segundo Jurberg, Gouveia e Belisário (2006, p. 140), a população num contexto geral está muito exposta aos fatores de risco que podem gerar o câncer como: fumo, vida sedentária, dieta rica em gorduras e pobre em frutas e vegetais, alguns vírus como o da Hepatite B, Papiloma Vírus (HPV) e fatores genéticos. Esses fatores de risco segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2008) definem a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, adquiram esta moléstia, ou seja, está associada ao aumento do risco de adquiri-la.

O desenvolvimento de um tumor maligno é um processo de muitas etapas caracterizado por uma progressão de alterações genéticas em uma simples

linhagem celular, tornando a célula incapaz de se autocontrolar. Após a célula ter se tornado cancerosa, ela continua a acumular mutações, alterando-lhe suas propriedades e fazendo-a adquirir características que as permite uma maior mobilidade, instalando-se em órgãos diferentes daquele onde se originou o tumor (FILHO, 2004, p. 59-60).

Battaglini *et al.* (2004), traz contribuições em relação aos hábitos da vida contemporânea, ao evidenciar que o estresse faz com que haja um bloqueio das células imunológicas, sendo que as mesmas têm a função de destruir as células tumorais. Assim, o indivíduo fica exposto a carcinógenos através de fatores hormonais, ocorrendo então o câncer. O estilo de vida que a maioria da população leva na atualidade, a rotina intensa de trabalho, com um acesso restrito ao lazer, dentre outras atividades, pode então contribuir para o bloqueio do sistema imunológico, aumentando o risco de se desenvolver uma doença.

Em relação ao câncer de mama Silva (2008, p. 232) constata que as neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as mulheres adultas. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres.



Fotografia 2: Câncer de mama, 2008.

Fonte: <http://www.justooncologia.com.br/service3.aspx>.

Hegg (2000, p. 463) demonstrou em um estudo que a incidência de câncer mamário tem aumentado em todo o mundo, se tornando atualmente um dos maiores problemas de saúde pública e uma das doenças que mais vitima, principalmente entre as mulheres. Constatou ainda que o diagnóstico tardio é a justificativa principal para a elevada taxa de mortalidade, mas é importante a melhora na forma de lidar com a doença, independentemente do estágio em que ela esteja, após o diagnóstico. Vários fatores de risco estão relacionados, em maior ou menor associação ao câncer de mama, entre eles: fatores genéticos, hormonais e ambientais, mas a melhor maneira de se estabelecer o diagnóstico da referida doença, ainda é o exame físico. E constata também que o tratamento para câncer de mama é bastante variado e para que se realize uma terapia ideal, devem ser levados em consideração fatores individuais relativos ao paciente e as características próprias do tumor.

Silva *et al.* (2003, p. 535) no estudo “Considerações sobre as doenças da mama” identifica que os casos de morte ainda são alarmantes no que diz respeito à doença, mesmo que se tenha avançado muito em relação aos métodos propedêuticos, ao diagnóstico precoce e às formas de tratamento. Prossegue ressaltando que as manifestações e repercussões clínicas do câncer de mama são variáveis e que o impacto psicológico é relevante, indo do diagnóstico ao tratamento.

A escolha do tratamento para o câncer de mama depende da avaliação individual e criteriosa de cada caso. Os parâmetros a serem analisados levam em conta as características do tumor, da paciente e da fase em que é diagnosticada a doença. (SILVA *et al.*, 2003, p. 535).

Neste sentido Vieira e Queiroz (2006, p. 63) atentam para o momento em que a mulher se depara com o diagnóstico de câncer, pois a partir daí seu modo de vida e suas relações interpessoais passam a ser objetos de reflexão e questionamentos, além de passar a lidar com um aspecto peculiar, assumir um novo papel, além de todos aqueles anteriormente desempenhados por ela, o papel de doente, e neste caso, “doente de câncer”.

Maruyama *et al.* (2006, p.173) enfatiza que esta é uma doença associada a uma rede de significações vinculadas às questões sociais e culturais, ligada a uma morbidade e mortalidade significativa na história da humanidade, e que deve ser

compreendida pelos profissionais da saúde no processo de cuidar das pessoas com câncer. E este “cuidado” envolverá uma rede, um complexo suporte para que a pessoa que enfrenta essa situação se sinta atendida: apoio psicológico, médico, fisioterápico, psiquiátrico, ocupacional, atividades corporais, levando em consideração as diferentes maneiras que a doença atingirá os diferentes sujeitos.

2.2 Atividade física e câncer

No que diz respeito à atividade física e saúde, interessante considerar as reflexões de Carvalho (2001, p. 10), onde a autora traz um debate sobre quem é o “sujeito” nessa relação, ou sobre a importância do mesmo estar explícito, de ser relevado “quem” é o praticante da atividade física e não somente o que se pratica e o porquê.

Em pesquisas realizadas por Prado (2001, p. 12), a atividade física é conceituada como exercícios bem planejados e estruturados, realizados repetitivamente, trazendo benefícios aos praticantes minimizando seus riscos através da orientação e controle adequado. Em geral, os exercícios realizados regularmente e de forma correta aumentam a longevidade, melhoram o nível de energia, a disposição e a saúde de um modo geral. Isso quer dizer uma melhora significativa da qualidade de vida.

O crescente avanço tecnológico e das pesquisas no campo da saúde têm contribuído tanto para o combate de doenças quanto para o aumento da sobrevivência de pacientes com doenças crônicas, como o câncer. Porém, deve ocorrer uma preocupação com a qualidade de vida e preservação física desses pacientes, tanto no âmbito de prevenção, promoção ou recuperação da saúde (PEDROSO; ARAÚJO; ESTEVANATO, 2005, p. 155).

Com o passar dos anos, o aumento das pesquisas e algumas descobertas importantes a respeito do câncer, houve uma contribuição no sentido de aumentar a expectativa de vida daqueles já acometidos pela doença e ainda de detectar precocemente a mesma, garantindo um tratamento eficaz (NIEMAN, 1999, p. 59). Segundo o mesmo autor, no ano de 1996, no caminho da prevenção, a atividade física regular foi adicionada à lista de medidas preventivas defendidas pela American

Cancer Society, tendo ocorrido uma demora no sentido de identificar a inatividade física como um fator de risco, já que ligar a mesma à doença crônica é uma relação complexa devido a tantos outros fatores do estilo de vida difíceis de serem mensurados.

E segundo Spinola, Manzzo e Rocha (2007, p. 40) uma das interferências na população numa concepção de saúde, diz respeito à prevenção primária que consiste em eliminar ou reduzir a exposição aos fatores de risco conhecidos, com relação ao câncer. Para este alcance é importante informar a população sobre esses fatores para que ocorra uma mudança nos hábitos da mesma. Porém destacamos neste texto que a concepção de saúde que defendemos e acreditamos diz respeito a uma conceituação extensa do que venha ser saúde, ideia que justificaremos adiante.

Pedroso, Araújo e Stevanato (2005, p. 159) afirmam que no caso do câncer, são fortes as evidências dos efeitos benéficos da atividade física nas diferentes fases da doença e de seu tratamento. De acordo com os referidos autores no período do diagnóstico e no período que antecede o tratamento, o indivíduo tem na condição física o suporte para enfrentar a terapia, já na reabilitação existe uma preocupação em preservar as capacidades físicas do indivíduo e também com a retomada de suas atividades cotidianas. E em alguns casos onde ocorre intervenção cirúrgica há a indicação de exercícios para auxiliar a retomada dos movimentos e redução da chance de complicações pós-cirúrgicas.

Neste sentido Battaglini *et al.* (2004, p. 99-103) salientam que as alterações metabólicas e morfológicas crônicas que a atividade física produz, pode torná-la uma opção importante no tratamento e no processo de recuperação de pacientes com câncer. Enquanto os efeitos colaterais produzidos pelos tratamentos cancerígenos trazem alterações como falta de apetite, perda de massa muscular, depressão psicológica, o exercício pode promover: “melhoras no sistema cardiovascular, pulmonar e muscular através da melhora no consumo de oxigênio, vascularização muscular, coordenação motora e equilíbrio, força e melhora na circulação linfática”.

Nieman (1999, p. 60) contribui ainda ao relatar descobertas importantes da ciência, afirmando que uma quantidade crescente de cientistas especializados em exercícios vem se unindo na luta contra o câncer e que a inatividade física brevemente emergirá como um fator de risco. Acrescenta ainda que não é nova a

ideia de que o aumento do exercício físico possa ser benéfico para a prevenção do câncer e que

Há mais de 70 anos, pesquisadores australianos observaram que as tribos primitivas que trabalhavam continuamente pela alimentação apresentavam taxas inferiores de câncer em relação às pessoas de sociedades mais civilizadas. No início do século, outros cientistas e médicos observaram que a maioria dos pacientes com câncer havia levado uma vida relativamente sedentária e que os homens que haviam trabalhado mais arduamente durante toda a vida apresentavam menos cânceres do que aqueles que tendiam a ficar sentados durante o período de trabalho (NIEMAN, 1999, p. 60).

Pedroso, Araújo e Stevanato (2005, p. 157) esclarecem que a fadiga é um dos sintomas presentes nos vários estágios do câncer, caracterizando-se por um desconforto excessivo por parte do sujeito, podendo comprometer também o emocional e o cognitivo. E ainda evidenciam que:

Estudos mostraram resultados positivos de exercícios aeróbicos em relação à redução da fadiga, prevalecendo de modo geral atividades leves. A realização dos exercícios sugere uma melhora no apetite, na auto-estima e na auto-percepção, bem como influencia a rotina diária.

Spinola, Manzzo e Rocha (2007, p. 46) pesquisando a produção científica acerca do referido tema concluiu que os estudos por eles investigados relatam uma associação entre exercício físico e/ou atividade física e a prevenção do câncer, apresentando resultados positivos, porém não se conhece ao certo os mecanismos responsáveis pela diminuição do risco desta doença quando da prática do mesmo. Destacam também que com relação àqueles sujeitos já acometidos pelo câncer, ainda se faz necessário mais esclarecimentos no que diz respeito a algumas variáveis como tipo de atividade, frequência, intensidade e duração da mesma, recomendando-se, no entanto, evitar a prática de atividade física de alta intensidade, com o intuito de que haja uma cautela em relação a este fator, para que a atividade física não venha prejudicar o indivíduo portador de câncer, ao invés de auxiliar no processo de tratamento do mesmo.

Em relação à população aqui retratada, mulheres com câncer de mama, mastectomizadas, Prado *et al.* (2004) considera que os exercícios físicos devem

fazer parte da rotina das pacientes, parte das atividades da vida diária das mesmas, sendo que o planejamento do programa de exercícios físicos deve ser no sentido de “prevenir, amenizar ou eliminar o linfedema, a dor, a limitação articular, a aderência cicatricial, a alteração da sensibilidade, as complicações pulmonares e as alterações posturais”. Em pesquisa realizada com 30 mulheres mastectomizadas atendidas num serviço especializado em reabilitação, Prado *et al.* (2004, p. 498) destacaram ainda que na mastectomia a articulação do ombro era, comumente, a mais prejudicada devido à imobilização prolongada, sendo este “um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de isquemia dos tecidos internos, retenção de metabólitos e edema, apressando, assim, o desenvolvimento de fibrose”.

Neste sentido Prado *et al.* (2004, p. 501) averiguaram que os motivos relatados pelas mulheres para a prática da atividade física estavam relacionados à percepção de susceptibilidade, como o medo de desenvolver o linfedema, a própria necessidade de melhorar os movimentos dos braços e ombros e a circulação linfática.

[...]Que ajuda a soltar os braços, a num segurar tanto, num pegar... A ensinar a postura que já num... Eu sentia uma dor nas costas, você precisa de ver, só faltava morrer, a hora que eu chegava, que eu sentava... Hoje eu sento na Igreja, tranquila, ô. Cadê a dor nas costas? Nunca mais eu senti (S5).

Entretanto Prado (2001, p. 15) destaca que a aderência à prática de atividade física é um dos grandes desafios dos profissionais da saúde que trabalham com o referido grupo, sendo difícil a incorporação deste hábito, no entanto importante destacar que a equipe de saúde exerce um papel importante na prevenção, profilaxia e tratamento de complicações pós-cirúrgicas (PRADO *et al.*, 2004, p. 495).

Portanto arriscamos dizer que o estímulo à participação das mulheres em grupos especializados de suporte na reabilitação de mastectomizadas possibilita o desenvolvimento de um estado psicológico positivo no espaço de suas vidas, propicia uma atmosfera favorável à adesão da atividade física na sua realidade objetiva (PRADO, 2001, p. 91).

Desta maneira mulheres participantes de grupos de apoio possivelmente estariam mais motivadas em praticar atividade física, aderindo à mesma e dando continuidade ao processo, o que poderia levar a aquisição de mais efeitos benéficos

com a adesão ao exercício e uma possibilidade de retomar seus vínculos sociais, uma vez que nesses grupos além destes sujeitos se ocuparem com atividades que vão desde os exercícios físicos até palestras, têm a importante possibilidade de partilharem (a linguagem, o falar, o compreender, o formular) com outros, em condições parecidas, o processo de adoecimento.

Em estudo realizado Prado *et al.* (2004, 501) verificaram que as barreiras percebidas pelas mulheres para a prática da atividade física de um modo geral, foram relacionadas à falta de ânimo e condicionamento físico, como também pela própria limitação física e as mesmas dão indicativos de que precisam ter um tempo para si, sair do comodismo, e, principalmente, terem força de vontade, qualificadores a serem conquistados por elas mesmas. Na mesma pesquisa foi constatado “que o grupo de mulheres estudadas tem consciência de que a questão da adesão à prática de atividade física está ligada também a aspectos dinâmicos do cotidiano”, ou seja, há necessidade de que a mesma ocupe espaços centrais em suas vidas.

2.3 Análise e discussão

Para iniciarmos nossas análises destacamos como primeiro ponto a sensação dos sujeitos ao receberem a notícia de um diagnóstico de câncer. Paulo (2004, p. 25-27) afirma que todos os pacientes entram em choque quando se deparam com o diagnóstico de câncer, alguns chegam até mesmo a entrar em pânico, pois ninguém está preparado para lidar com a doença, uma vez que nos comportamos como seres imortais: *“Eu, eu comecei entrar em pânico, só comigo mesma. Eu num queria falar com meu filho, eu senti que pra mim era um último...”* (S4); ou ainda (S3) relatando: *“acho que num existe uma pessoa que fala que quando você faz o exame e fala, você tem câncer de mama, num fica apreensivo, meia triste”*. E o paciente após este impacto inicial ainda terá que enfrentar o impacto do tratamento.

Na opinião de Bergamasco e Angelo (2001, p. 278) embora vários aspectos sobre os efeitos psicossociais do câncer sejam conhecidos, a experiência especificamente do câncer mamário é ampla e envolve diversos momentos com significados distintos, que trazem implicações na vida diária e nas relações sociais da mulher com câncer e as pessoas do seu contexto social.

Paulo (2004, p. 70) afirma: “é evidente que o câncer provoca profundas modificações no estado emocional das pessoas. Fragilidades vêm à tona, muito embora, ao mesmo tempo, forças até então insuspeitadas brotem com grande intensidade”, porém o câncer traz em si inúmeros paradoxos, fraqueza e/ou força, medo e/ou coragem, reclusão e/ou aceitação.

[...] eu era muito fechada, na minha... Meu mundo era só casa, trabalho, trabalho, casa, escola, filho. Então, eu comecei a... Eu num, eu num resgatei amigos, mas eu, eu fiz novas amizades. O que ficou pra trás, ficou. Alguns, né? A gente tem contato, mas eu, eu, eu fiz novas amizades e conheci [...]. Depois do câncer, conheci pessoas... que eu, eu nunca imaginava que eu fosse ter... Eu tive contato [...] (S4).

Para (S4) vemos exemplificado esses paradoxos: apesar da presença da doença, uma resignificação da vida, era assim: “*fechada*”, e fiquei de outra forma: “*conheci pessoas*”. Parece ocorrer uma maior disponibilidade para a vida, uma “abertura” aos outros, o reconhecimento de novas experiências.

Vieira e Queiroz (2006, p. 66) em sua pesquisa com pacientes internadas na oncologia do CAISM-UNICAMP apresentam pelos relatos dessas mulheres que a fase de recebimento do diagnóstico promove uma experiência de desestruturação psíquica com reavaliações das relações e de atitudes anteriores ao mesmo. Muitas vezes a experiência de se estar com câncer é apenas partilhada com as pessoas mais próximas, em função do receio desse olhar da sociedade, do não entendimento, dos preconceitos e pessimismos.

A gente fica, né? Eu fiquei assim... um pouco deprimida, achando que..., né? Com vergonha, né? Que nem todo mundo sabia! A gente às vezes num fala. Eu fiquei muito tempo assim... sem querer sair de casa (S2).

Pra mim não mudou nada. Só assim... só assim, que tem dia né que cê num quer ficar naquele muntueiro de gente. Mas a gente vai, né? Às vezes a gente... cê senta numa mesa, conversa... Muito barulho, né? Não sei se é porque a gente que mexe com escola, tipo chega a noite você não quer ouvir rádio, nem televisão, você liga tem que ter aquele volume mínimo, né? Eu acho que é a fase, né? (S1).

Pelos ditos acima referenciados algumas mulheres viverão um momento de restrição, de afastar-se de algumas atividades sociais, de adaptar-se a novas situações. Percebemos deslizamento de sentido em (S1) quando a mesma chega a relatar que *“mudou nada”*, mas ao final fala de uma *“fase”* e por consequência desta fase uma certa reclusão, um certo incômodo em lugares cheios ou barulhentos.

Aureliano (2007, p. 124) diz que a partir do corpo atingido pela câncer e pela cirurgia, que não intervêm apenas no exterior, no visível. Desta maneira todo o universo social da mulher mastectomizada se reflete na construção desta *nova pessoa*, novas maneiras de ver, ser visto e sentir seu corpo. A doença não se resume então a um estado orgânico diferenciado, não está isolada em órgãos ou tecidos, ela se entrelaça nas redes sociais, onde está inserida a *pessoa doente*. Como ser relacional, o doente não pode viver sua doença fora dos contextos sociais do qual é parte e está inserido; estes contextos vão se refletir na experiência da doença e vice-versa.

O evento da doença pode conduzir a pessoa doente à realização de um auto-exame que poderá levar a emergência de uma outra identidade, uma nova personalidade social. Essa *“outra identidade”* se forma a partir da doença e não se desfaz com sua cura ou controle. Ela se revelará nas relações com o corpo modificado, com a família, com o ambiente de trabalho, nas novas práticas biomédicas adotadas como os exames regulares, durante os tratamentos, nos grupos de ajuda mútua, todos estes momentos e espaços onde essa *nova pessoa* com suas *novas identidades* irá se reconstruir num processo constante (Herzlich e Pierret, 1987, p. 182 apud Aureliano 2007, p. 124).

Indo de encontro aos ditos referenciados acima, temos o discurso de (S4): *“[...] Eu nasci ontem, eu, eu num sou aquela, aquela até de, de, de... final de agosto de 2006 pra cá eu sou outra, eu mudei completamente”*, e essa nova pessoa parece demarcada por novas atitudes, outras maneiras de lidar com as pessoas, com as coisas da vida: [...] *“Então assim... coisas que eu, eu me surpreendi, eu nunca imaginava que eu fosse chegar a ser tão aberta com o jovem, sabe? E brinco... Nossa”!*

Como podemos observar, para enfrentar de forma mais positiva e esperançosa uma possível retomada de espaços, papéis e atividades, a mulher com câncer necessitará de suportes sociais, no sentido de se sentir integrada, aceita,

atuante, numa atitude menos passiva e de menor dependência em relação às pessoas com as quais convive: [...] *as amigadas aumentaram, bem mesmo, muito... laços, assim, sabe que até hoje, fica*” (S1) ou ainda, “[...] *depois, que eu vim praqui, que eu conheci o grupo, passei a participar... Eu hoje num incomodo cum nada, hoje pra mim é normal*” (S2).

Neste sentido compartilhamos com Paulo (2004, p. 77) em seu entendimento sobre a atuação dos serviços de assistência social como algo de extrema importância no sentido de abrir caminho para a difícil fase de readaptação à vida normal, criando uma possibilidade para que novamente o sujeito tenha a sensação de pertencimento e um apoio no sentido de que este processo de “recolocar-se”, progrida.

Falamos então em reinserção social, pois como discute Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004, p. 21) com o estabelecimento do câncer e do tratamento, papéis antes desempenhados pela mulher mastectomizada podem ser impossibilitados, e estes não são desempenhados satisfatoriamente por se encontrarem afetados. Desta maneira pode ocorrer um sentimento de tristeza, vergonha, exclusão, não aceitação e

Quando a própria pessoa acredita que é incapaz ou impotente frente à dinâmica de sua vida, há o surgimento de um estado de inércia e diminuição de sua condição para o enfrentamento das dificuldades vividas, situação que pode ser modificada à medida que o apoio da rede social se amplia (LUSSI; PEREIRA; PEREIRA, 2006, p. 449).

Neste sentido essa retomada de papéis ou a conquista de outros, esse enfrentamento das situações estaria no sentido de estabelecer novamente o sentimento de pertença, de aceitação, sendo de extrema importância o suporte social para o desempenho de novos papéis adquiridos pelas mulheres mastectomizadas, como forma adaptativa (BARBOSA, XIMENES; PINHEIRO, 2004, p. 22).

Analisando especificamente o Projeto Vida Presente, enquanto suporte social podemos dizer que percebemos a importância das atividades do grupo na vida dessas mulheres gerando aquisição de novos papéis, por seu próprio esforço, promovendo oportunidades de lazer, aprendizagem, descontração e bem estar

(BARBOSA, XIMENES; PINHEIRO, 2004, p. 22). Reforçando essa ideia temos Fabbro, Montrone e Santos (2008, p. 535):

depoimentos das mulheres sobre sua participação no grupo revelaram que espaços como estes devem ser incentivados visto que a partir do diálogo podem ser feitas as interpretações e ampliações das visões de mundo, o interesse e disposição por apoiar o outro, a preocupação com seu entorno e com o das colegas do grupo. Ao compartilharem as experiências, temores, sentimentos e angústias, essas mulheres se fortaleceram.

E nos discursos das mulheres que ali se inseriram percebemos uma mudança no sentido de que com o diagnóstico do câncer e com uma nova realidade se instalando parece ter ocorrido, para algumas, no primeiro momento uma reclusa, uma redução nas atividades sociais, um receio com relação ao entendimento social da doença. No entanto após a integração no grupo, parece ocorrer não somente um sentimento de aceitação, como também uma ampliação na rede de amigos, a redescoberta da sociabilidade:

Pausa. **[Mudou alguma coisa depois do Projeto?]** *Mudou. Eu sempre fui assim, muito calada, muito tímida. Sabe? Num era... Assim, aquela pessoa quieta, eu sempre ia numa festa, mas sempre com meu esposo, mas depois do grupo Presente pra mim melhorou muito, fiquei mais... passei a conversar mais, entrosar mais com as pessoas (S2).*

É, é, essa mudança é para o social. Eu me socializei mais. Essa resposta deu pra entender? Eu senti, eu senti bem melhor. Eu senti que eu sou gente (S4).

E esse “*eu senti que sou gente*” (S4), ou o “*eu encontrei uma outra família*”, de (S6), trazem a tona a ideia de partilha, de aceitação, de pertencimento. Nesses fragmentos a presença marcante primeiramente, de uma “posição-sujeito” e não de uma posição-sujeito-câncer, que também as identifica. E esse “*senti que sou gente*” ainda nos provoca para a questão da visibilidade social. Para o sujeito, portanto, a possibilidade de um processo de identificação com um grupo, e em suas manifestações, também a possibilidade de ocupação de uma posição de enunciação que o tornaria visível e restabeleceria o elo social:

Eu acho que alegria, né? De conviver com as colegas, tudo, dá assistência uma ir visitar a outra. É, é, participar das festividades que tem, eu num deixo de participar, sabe? Mesmo quando eu tava trabalhando, saía, num deixava... Perdia aula lá, falava com a diretora, tinha dia demais pra repor, av. Eu nunca deixei de participar de nada... Eu acho que, muito bom, esse projeto (S3).

Ocorrem mudanças no convívio social: falam mais, se apresentam como “mais abertas”, mais seguras, apoiadas: “[...] *Então eu acho que mudou muito pra mim, foi bom demais, porque eu acho que se eu num tivesse entrado, talvez eu seria hoje assim...num tinha muito amigas, num tinha muito apoio*” (S6).

Esse processo de identificação do sujeito no grupo, como enfatiza Koury (2008, p. 40) leva a uma sensação de confiança e confiabilidade, funcionando assim como elementos categoriais importantes entre os membros envolvidos para a definição de pertença ao grupo, levando internamente a um sentimento de solidariedade e irmandade:

Confiança, então, é uma ação que permite àqueles que a possuem, ou põem em prática, uma espécie de segurança íntima de procedimento: o outro passa a ser visto como uma extensão ou prolongamento do eu. Um lugar de familiaridade, onde os laços afetivos são intensos, onde existe uma crença no valor do grupo que parece sobressair ou sobrepor-se aos diversos membros que dele fazem parte, tornando-os parceiros da vida, ao mesmo tempo em que assegura um espaço de diferenciação de cada membro em relação à sociedade em geral (KOURY, 2008, p. 40).

E para Orlandi (1998, p. 205-206) o sujeito se inscreve em redes de significações, as formações discursivas, para fazer sentido, sendo a identificação, o que surge dessa inscrição nas redes, e é quando “o sentido faz sentido”. Sob este aspecto Hashigutti (2008, p. 79) entende que “o sujeito se filia pelo próprio funcionamento do processo discursivo, por uma identificação com uma rede de sentidos que identifica um grupo (uma instituição) e o identifica”.

Na discursividade destas mulheres o sentimento e sentido de pertencer, a sensação de estar pertencendo, de fazer parte, assim, parece que concretizam os laços de confiança e os sentidos de confiabilidade, fazendo do indivíduo uma pessoa relacional que se encontra e se submete e se revela no e para o grupo (KOURY, 2008, p. 42).

O fato de se reunirem, de conversarem sobre seus cotidianos e sobre os diferentes aspectos relacionados ao adoecer de câncer já atua no sentido de

confortar, de se sentirem aceitas, percebidas, pertencidas, e esse pertencimento não somente a esse grupo, mas em diferentes espaços sociais. Estas mulheres socializam o processo da doença o que pode levar a aprendizagem de maneiras, outras, de lidar com a experiência do câncer, tendo efeitos positivos sobre a mesma.

[...]. Que a gente... Porque em casa você num faz, né? Você num procura fazer um relaxamento e lá não, lá é mais... Num sei se é por causa da turma a gente quer fazer, todo dia cê tá pronta pra...(S2).

Sobre a prática dessa atividade física, relevante considerar nos discursos dos sujeitos dessa pesquisa a presença do discurso médico no que diz respeito à mesma. Pistas nos levam a inferir que a última é considerada importante muito mais pelas colocações médicas do que pela atuação do profissional da Educação Física.

[...] se a pessoa tem e depois num fazer exercício físico, ela pode é, ficar... Como é que fala? É... Ela tem que fazer exercício, ou caminhada ou exercício... Ela não pode deixar de fazer. Porque é, é, os médico mesmo falam, né? Ele tem que fazer os exercícios físico (enfática) toda vez que pergunta: num pode ter aquela vida sedentária ali, tem que ter uma vida ativa. E minha vida é ativa, graças a Deus, continua ativa (S3).

Nessa perspectiva Pereira (1998, p. 229-230) comenta que a Educação Física se assemelha à Enfermagem, em alguns aspectos, por exemplo, no fato de comumente médicos recomendarem a prática de atividade física com objetivos voltados para a saúde, com os professores de Educação Física atuando de forma semelhante a um técnico, como se fossem instrumentadores de médicos, exercendo, dessa forma, função auxiliar destes. Com o aprofundamento dessa situação, os professores em questão acabam utilizando justificativas médicas para motivar a prática de atividade física pela população em geral, mesmo quando o primeiro não se encontra à mercê do último e essa é uma situação pouco discutida pelos profissionais da área, mas amplamente aceita pelos mesmos.

Sobre a questão acima levantada entendemos que a atividade física continuará sendo de responsabilidade da Educação Física, porém abrem-se duas questões: uma sobre quais fatores realmente estariam motivando o sujeito a essa prática e ainda refletirmos sobre a atividade física e a área do conhecimento a qual ela pertence, como especificidade.

No que diz respeito ao significado da atividade física para as mulheres do Projeto Vida Presente, nos pareceu, que para algumas inclusive, já ocorreu um entendimento da importância dos exercícios e estes como parte da rotina, mesmo quando elas não estão no contexto do projeto. Mas existem aí outros pontos importantes a serem considerados como, por exemplo, a presença de um profissional para acompanhar a prática e ou o fato de em suas casas outras ocupações poderiam dificultar ou reduzir o tempo para a mesma.

E quando eu num faço aí, que eu lembro eu faço em casa [...]. Hoje mesmo eu falei: ô diá, se eu lembrasse que Fernanda ia fazer aquilo eu tinha trazido a máquina do meu menino pra filmar, que aí ele colocava na televisão, pra eu poder fazer exercício em casa, a hora que eu não pudesse vim. Que eu fazia a noite ou então de manhãzinha, na hora que eu acordo. Então, me ajudou demais e me ajuda demais (S5).

Temos os dizeres de (S4) “[...] Claro que tem uns exercícios que eu num posso, eu sei que eu num posso, né?” revelando uma possível compreensão sobre o que seu corpo suporta, sobre quais exercícios podem ser eficazes ou prejudiciais, e a carga de trabalho pode e deve ser considerada nesse exercitar-se, até mesmo pelas particularidades do próprio grupo.

Ainda sobre estas limitações Prado *et al.* (2004, p. 499) verificaram em pesquisa que dentre as mulheres que não identificaram barreiras na adesão à atividade física, estas “explicaram que essa atividade deveria ser feita de acordo com o limite de cada uma delas e de forma a produzir prazer na sua realização, sendo que o fato de fazer com que se sintam bem, faz com ela aconteça naturalmente. “Acreditamos que sentir prazer na realização da atividade física é o primeiro passo para que a prática seja incorporada na rotina diária” (PRADO *et al.*, 2004, p. 498).

Então, juntou tudo isso, a atividade física serviu pra: perder peso, parar com essas dores, alongou, alongar tudo e eu me senti bem melhor, muito mesmo (S4).

[...]Que ajuda a soltar os braços, a num segurar tanto, num pegar... A ensinar a postura que já num... Eu sentia uma dor nas costas, você precisa de ver, só faltava morrer, a hora que eu chegava, que eu

sentava... Hoje eu sento na Igreja, tranquila, ô. Cadê a dor nas costas? Nunca mais eu senti (S5).

Vale a pena considerar nos enunciados uma presença da equipe de saúde, ou a importância de outros profissionais da área em questão. Foi possível encontrar regularidades enunciativas no que diz respeito à presença dos vários profissionais envolvidos no grupo de apoio, destacando-se a complementaridade e o diálogo entre as diferentes áreas: [...] *“parece que falta, os exercícios que eu faço com o outro”...* (S5). Os fisioterapeutas, por exemplo, são lembrados, pelo auxílio com relação à problemas articulares, mas ainda parece acontecer uma certa confusão com relação ao que é específico de cada área:

[...]Eu num faço muito exercício lá na fisioterapia com doutora Simone, que ela faz a drenagem no braço. Então os exercícios, eu faço aí [...] (S5).

[...] Na época que nós... a gente fez pouca atividade, eu tive que retornar no médico e passar a tomar aquele monte de remédio. Tive problema no joelho, que eu tava mancando, que nunca tinha acontecido. Aí a hora que retornou a fisioterapia, sumiu [...] (S4).

Gostaríamos de finalizar com uma colocação que nos parece bem pertinente e da qual não poderíamos nos abster: pelos discursos das mulheres com as quais realizamos esta pesquisa foi possível entender que o que elas buscam parece estar mais próximo de uma “atividade corporal” do que de uma “atividade física”. A importância parece ter sido dada mais a outras questões do que ao exercitar-se, não nos parece que seja necessariamente pelo “físico” que se sintam atraídas à participarem do grupo.

E fortalece essas ideias a própria experiência da pesquisadora pelo tempo que passou com o grupo como professora de dança. O fato de algumas das mulheres-alunas chegarem às aulas, sentarem e assim permanecerem até o fim da aula, ocorrendo em alguns momentos falas como: *“hoje eu não vou fazer porque não estou conseguindo, mas posso ficar aqui com minhas colegas e assistir?”*. Mesmo que elas não estivessem fazendo a aula, exercitando-se, ainda assim os momentos vividos continuariam a servir o corpo. Embora estes não provoquem adaptações fisiológicas, nem mesmo a perda de calorias, “alimentam”, tocam o corpo, provocando-o para outros sentidos, outras percepções que também vão gerar alegria, prazer, ter significado.

Á, melhorou bastante. [Por que você acha que melhorou?] Á Fernanda, porque ô... Que às vezes... Igual eu tô te falando que a gente fica, né? Num faz nada. E cê fica: uma dor aqui hoje, outra dor ali amanhã, então, cê tá lá, cê tá convivendo com todo mundo, ao mesmo tempo cê tá conversando, cê tá rindo, você já tá fazendo os exercícios. Então, só de fazer tudo isso, cê já se sente bem. Você às vezes chega lá com uma dor, quando cê sai já num tá mais sentindo dor. Entendeu [...] (S6).

Na contraface da dor, da doença, dos receios, outras formas de viver o corpo: o dançar, o alongar-se, o recrear-se, práticas corporais, mais e além disso: as relações humanas, o prazer, os sentidos, a comunicação, as partilhas. Importante esclarecer que não estamos de maneira alguma tentando minimizar os benefícios da atividade física ou dizer que sua prática regular é desprovida de qualquer interferência positiva sobre o corpo. “A literatura também apresenta trabalhos bem conduzidos, que evidenciam sua ação terapêutica benéfica sobre várias patologias ou potenciais comprometimentos do organismo e, por isso mesmo, não é nossa pretensão negá-la” (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005, p. 67).

Pensamos que esta pode estar sim, associada à saúde do sujeito, porém o que pretendemos enunciar é que é importante pensarmos também sobre uma atividade “corporal”, e não somente “física”, e em contrapartida pensarmos o conceito de saúde de forma ampliada:

Já há bons indícios entre nossos pares de que talvez a Educação Física esteja dando mostras de seu amadurecimento como campo científico e de intervenção, inclusive, em decorrência de uma interrogação mais veemente sobre seu pertencimento exclusivo a um papel majoritário de promotor de atividades físicas, cuja gênese advém do ideário militar de disciplinamento e controle biopolítico de corpos servis. Entendemos que para poder se reconhecer, efetivamente, como área ‘promotora da saúde’, a Educação Física precisa incorporar a mudança do próprio conceito de saúde, ressaltando antes de tudo, as inter-relações com a equidade social, postura que, de forma alguma, a fará perder sua especificidade e legitimidade frente às questões do movimento humano (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005, p. 72).

Pensamos como um avanço nesse sentido, as diferentes ações que mobilizam a existência do Projeto Vida Presente: as aulas; os exercícios físicos; a assistência médica; a fisioterapia; as terapias; mas também as palestras; as festividades; as visitas às casas daquelas que estão em tratamento, ou com recidiva;

o vale transporte ou as cestas básicas doadas; os tênis dados pelo exército ao grupo e tantos outros atos, “movimentos”. É desta maneira que pensamos que deve ser, a partir daí é possível uma mudança, por isso é que se faz “complicado consentir na aceitação acrítica de que é tão simplesmente mantendo-se ‘ativo’ que se obtém saúde” (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005, p. 67).

Trata-se, sobretudo, de uma questão de princípio: o profissional específico precisa estar atento ao fato de que para que as populações alcancem níveis adequados de saúde é necessário ir além do acesso a serviços médico-assistenciais ou da prática de atividade física. [...]. Não conseguiremos interferir no processo saúde-doença se a Educação Física não ouvir, estudar, analisar, e avaliar o que se pensa e se faz em saúde hoje, especialmente na sua dimensão coletiva, pública e social (CARVALHO, 2009, p. 102).

A afirmação "Educação Física promove saúde" é bastante corriqueira e nos parece aceita por grande parte dos professores de Educação Física e pela maioria da população. Ainda hoje, quando se questiona a importância da prática de atividades corporais, ou seja, quando se busca legitimar a Educação Física nos mais variados espaços de intervenção, recorre-se a essa premissa (DELLA FONTE; LOUREIRO, 1997, p. 126). Destaquemos o fato de que os referidos autores já se referiam a “prática de atividades corporais”, termos com os quais concordamos, uma vez que lidamos e interferimos no corpo e não somente no físico, o que nos remete a um discurso já presente no campo da Educação Física, numa abordagem da tradição filosófica em uma compreensão do homem como um ser fragmentado ou em duas partes (corpo e mente) ou em três (corpo, mente e espírito).

Essa herança filosófica é condicionada pela divisão social do trabalho que nos impele a uma visão fragmentada da realidade, do mundo concreto e do próprio ser humano. A consequência dessa determinação é a não compreensão da conexão entre o "bem-estar físico", "bem-estar mental" e o "bem-estar social"; esses "bem-estares" são vislumbrados como entidades estanques que podem ser utilizadas separadamente (DELLA FONTE; LOUREIRO, 1997, p. 129).

Assim, ouve--se falar que "fisicamente se está saudável, mas mentalmente se está doente", "psicologicamente se está são, mas socialmente se está mórbido", porém a saúde não expressa a satisfação de uma única necessidade, mas sim a

satisfação de um conjunto de necessidades que se confunde com o *existir pleno* do ser humano como agente histórico (DELLA FONTE; LOUREIRO, 1997, p. 130-132).

A premissa atividade física-saúde como uma relação de causa e efeito é parte do que se constitui enquanto imaginário social, constatações estas “que não estão descontextualizadas historicamente; pelo contrário, encontram-se demarcadas por uma considerável tradição cultural”. Na área da Educação Física o que prevalece é a ideia que busca advogar a existência de uma relação de ‘causa e efeito’, quase exclusiva, entre ‘exercício’ e ‘saúde’. Nestes estudos, a saúde poderia ser tomada, à *priori*, como consequência de efeitos fisiológicos (mensuráveis quantitativamente) produzidos pela prática regular de atividades físicas, porém estas interpretações adotam um olhar parcial da realidade, “que não leva em conta outros fatores contextuais relevantes aos quais as pessoas estão submetidas e que não podem ser dissociados de seus cotidianos” (BAGRICHEVSKY; ESTEVÃO, 2005, p. 66-68). Sobre esta questão Pereira (1998, p. 30) alerta que “o pretexto de que a atividade física promove saúde não deve ser utilizado para motivar a sua prática, já que esta não é 100% causadora desse fenômeno.

Pelas colocações acima referenciadas percebemos que pode estar ocorrendo um equívoco do imaginário social sobre a atividade física. E o equívoco, como aponta Orlandi (2008, p. 102-103), é fato de discurso, é a falha da língua, na história. Porém o discurso é palavra em movimento e por sua mediação é “possível tanto a permanência e a continuidade quanto o deslocamento e a transformação do homem e da realidade em que ele vive (ORLANDI, 2007, 15). E para Della Fonte; Loureiro (1997, p. 130) “consumir uma mercadoria é também consumir o seu símbolo, o significado que lhe é conferido socialmente”, ou seja, o modo como identificamos e a maneira como atuamos e nos fazemos entender, de maneira geral, parece consentir com o entendimento de que tratamos de atividade física e não corporal. Mas como bem coloca Orlandi, se somos os responsáveis pela permanência, também somos pelos deslocamentos, pelas mudanças.

Para o grupo estudado, foram destacados benefícios com a prática da atividade física como: auxilia na recuperação das articulações, na diminuição da dor, melhora a postura, auxilia nos movimentos dos braços, garante bem-estar e alegria, promove a sociabilidade. Porém os dizeres presentes neste estudo nos provoca para pensarmos a relação câncer-atividade física de maneira ampliada, reformulada,

uma vez que pelos discursos das mulheres nos pareceu mais apropriado nos referirmos a uma atividade corporal que a uma atividade física.

Desta maneira é necessário que os profissionais da área da Educação Física enquanto área da saúde estejam atentos para uma mudança de atitude, no sentido de se constituir numa formação discursiva que se faz presente, motivando de forma legítima para a adesão às práticas corporais, do que se constitui em sua maneira particular de intervir no corpo. Importante o entendimento da parceria e da ação integralidade sobre este corpo, considerando os aspectos biológicos, físicos e sociais do adoecer, considerados pelas diferentes áreas e envoltas em um sentido único: o sujeito.

O fato de se exercitar tendo como estímulo os demais envolvidos no projeto e ainda outros momentos que por consequência venham a ocorrer, como: as conversas, as risadas, a convivência parece provocar essa disponibilidade maior para o movimento, já que o dia a dia dessas mulheres não se resume no “cuidado de si”. Desta maneira o projeto poderia estar aí funcionando como um motivador para a construção de um hábito, uma cultura da atividade física, embora muitas vezes, ainda pareça ocorrer dúvidas dos praticantes, sobre as funções específicas dos diferentes profissionais envolvidos no processo de tratamento ou ainda esclarecimentos sobre o porquê de se exercitar.

As formações discursivas já estabelecidas: a medicina, a igreja, que podem funcionar como parceiros no processo para o estabelecimento daqueles que se encontram na “tentativa de rompimento”, ou de se mostrarem como significantes no processo que envolve esses sujeitos. Acreditamos que quando isso se dá numa acepção interdisciplinar, complementar, aí então as formações discursivas que se apresentam não atrapalhariam uma a outra, no sentido de perseguirem objetivos diferenciados, de discursos que se contrapõem, mas sim auxiliariam para a materialidade da finalização das etapas necessárias à “saúde” dos sujeitos. Na linha tênue entre o discurso dos autorizados e dos que buscam se legitimar, encontramos as mulheres, essas mulheres de corpos, histórias, discursos.



Fotografia 3: Mulheres Dançando.

Fonte: Fonte: Vienne 1880-1938: l'apocalypse Joyense, Paris: Centre Pompidou, 1986.

3 CORPO FEMININO E CÂNCER DE MAMA

Nesta seção faremos uma pequena incursão sobre o corpo feminino, objeto de nosso estudo, sobre os olhares a ele lançados e construções socioculturais que influenciaram e influenciam a maneira deste corpo ser, sentir e agir. Atitudes, regras, imposições e poderes que atingem o corpo feminino estão intimamente relacionados à identidade do que é ser mulher nos espaços sociais: públicos ou privados, e todos estes alcances delimitam comportamentos, ações, sentimentos, discursos, que nos interessam porque dizem respeito ao corpo, corpo feminino, corpo de mulher, e ainda mais, dizem respeito a um corpo bastante particular, o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama. Um corpo que se vê, que é visto e que se faz diferente, exatamente porque é parte de um grande complexo, desta maneira, é atingido. “Adotamos a idéia de que sujeito, corpo e sociedade se edificam mutuamente, não havendo, desta forma, como compreender estas realidades de forma separada e estanque” (DALL’OLIO, 2006, p. 23).

As representações e preceitos do que diferencia e particulariza o ser feminino, ser mulher, poderão neste caso, estarem comprometidas, uma vez que, ter tido um câncer e estar desprovida da mama, por exemplo, foge de uma normativa social. Uma nova relação corporal instalada, materialidade, que determinará o discurso, a intervenção e/ou o re (agir) dos sujeitos. Representação é aqui entendido como um modo de produzir significados na cultura, sendo esses significados produzidos através da linguagem e implicando sobre os mesmos, relações de poder. É no interior dessas relações de poder que diferentes grupos sociais são significados e representados, e que, portanto, o corpo feminino é significado e representado de um modo e não de outro ou, ainda, representado de múltiplas formas (ANDRADE, 2003, p.120-121).

A maneira como o corpo feminino reage sobre o mundo e vice-versa é fruto de uma série de acontecimentos que sempre o identificaram e demarcaram seus espaços. Discutindo sobre construções diferenciadas de corpo Cruz e Palmeira (2009, p. 116-119) mostram que “as diferentes formas de educar homens e mulheres conferiu competências e habilidades específicas para cada gênero”. É possível verificar facilmente as diferenças nas possibilidades corporais, existente

entre ambos, desde a infância, e a estas podem ser atribuídas tanto aspectos biológicos quanto aspectos culturais.

Portanto as experiências corporais pelas quais passaram e passam o corpo feminino construíram/ constroem uma sensibilidade diferenciada, e sensibilidade não no sentido de “ternura”, mas sim no sentido de excitabilidade, de um sentir bem específico.

Neste sentido é que esta investigação se estabelece, buscando o entendimento desse sentir, dos sentidos outros, ou não, estabelecidos a partir da experiência do sujeito com a doença, do corpo com o câncer. Pelos discursos (*corpus*) “das mulheres com câncer”, buscamos o entendimento sobre esse corpo que se faz particularmente modificado, a compreensão como esse corpo feminino, corpo de mulher se reconhece diante da experiência com o câncer, e diante de intervenções, que nesse caso específico ocorre num espaço de identificação desses sujeitos, um grupo de apoio, onde se é possível sociabilizar questões, sensações, percepções, não somente a respeito da especificidade que as une, mas do muito que as identifica.

Quando se pesquisa o corpo por meio de uma de suas inúmeras vias, mantendo no horizonte dos objetivos da primeira, suas limitações e o universo a que se refere, pode-se contribuir com as ciências e desvendar momentos de grande descontrole e de total surpresa diante de reações do arquivo corpo (SANT’ANNA, 2001, p. 4).

3.1 Análise e discussão

Com o intuito de desvendar um espaço, delimitando o universo relacionado à mulher com câncer de mama, realizamos a “escuta” e as análises dos discursos “das mulheres com câncer”, atingidas em seus corpos, em suas feminilidades (simbologias e representatividades). Analisar, no sentido de compreender o que realmente faz sentido para as mesmas e os alcances a partir do estabelecimento de um corpo que escapa às normativas sociais, que de acordo com Marzano-Parisoli (2004, p. 67) coloca a pessoa doente ou enferma numa situação de desvio em relação à natureza, às normas socioculturais, uma vez que essa se afasta de

padrões biológicos, físicos e psicológicos, sendo impedida de cumprir livremente as tarefas sociais devidas.

A veemência das argumentações acima analisadas nos relata a construção de uma existência onde a cada dia há uma necessidade de um constructo particular a ser vencido e corporalmente silenciado.

Neste sentido destacamos a instigante reflexão de Perrot (2003, p. 13) que se refere historicamente aos “silêncios do corpo da mulher”, quase sempre subordinadas à vontade e a “superioridade masculina”, desta forma seus corpos também. Pesa primeiramente sobre o corpo feminino à assimilação à sua função anônima e impessoal da reprodução. Onipresente nos discursos de poetas, médicos e/ou políticos, corpo exposto, porém opaco, o corpo feminino deve se calar, ser pudico, contentar-se.

E estes silêncios irão envolver muitos aspectos inclusive o da vida íntima do corpo da mulher. No século XIX, por exemplo, a adolescência dos meninos é considerada uma crise violenta, enquanto a das meninas, uma mutação suave que as encaminha ao papel de reprodutora (PERROT, 2003, p.15). Discorrendo sobre o mesmo tempo Corbin (2008, p. 70) explicita que no século marcado pelas aparições da Virgem Maria, os dois estados mais divinos da mulher seriam a virgindade e a maternidade, num exemplo de pureza, bondade e discrição. No discurso religioso o estabelecimento das aproximações entre a mulher já marcada com o pecado original e Maria, mãe de Deus e exemplo a ser seguido.

A idéia de uma essência feminina voltada para a submissão, a passividade, o sacrifício e a maternidade, por exemplo, que desde o final do século XVIII faz parte do discurso e das práticas da Medicina, adquire outras representações nos séculos XIX e XX frente às novas responsabilidades atribuídas às mães e à família nuclear (GOELLNER, 2003, p. 106).

Complementando o pensamento referenciado acima Vieira (2002, p. 38), descreve que no século XIX, é através do discurso médico sobre a sexualidade e a reprodução que se coloca o corpo feminino como campo subordinado ao campo médico, sendo que a rigidez das normas médicas traduz a necessidade intensa de ordenar e organizar a medicalização do corpo feminino. Importante considerarmos as colocações de Payer (2005, p. 14-15) ao esclarecer que em cada tempo histórico, “alteram-se também os enunciados fundamentais das práticas discursivas”, sendo

que o que ocorre “é que a transformação no poder das instituições sociais se faz acompanhar de uma transferência de poder entre enunciados”.

E sobre essa sexualidade feminina, embora como destaca Sant’Anna (2001, p. 17) muito já tenha sido modificado e alguns adeptos dispostos a se libertar de antigos vínculos como os religiosos ou os sexuais lidem com seus corpos diferentemente do que se considera “norma”, ainda este é, para alguns, um tema tabu. Como já foi colocado por Foucault (1996, p. 9) a interdição da sexualidade é uma das tantas maneiras de se controlar o corpo, e esta última, juntamente com a política, são as “regiões onde a grade é mais cerrada, onde os buracos negros se multiplicam”. Foucault (1988, p. 15) nos possibilita outras reflexões quando diz que a repressão relativa à sexualidade é historicamente evidente, e se existe e se fala sobre ela a tanto tempo é porque possui raízes e razões sólidas, pesando sobre o sexo de maneira tão rigorosa que uma única denúncia não seria capaz de liberar-nos, tratando-se então de um trabalho longo, tal qual o poder que reprime em nossa sociedade as energias inúteis.

Percebemos que uma das entrevistadas ao se referir sobre mudanças ocorridas após o tratamento de câncer relata uma diminuição no desejo sexual, fato que não foi confidenciado nem para médica que acompanhou seu caso clínico, constatando a dificuldade de lidar com estas questões, de falar sobre o assunto, de reconhecer as mudanças e “esclarecer” seu real desejo. Mas daí o poder do discurso.

*Ô Fernanda, teve, teve não, tem! Uma coisa muito importante (enfática), porque assim... eu até fico muito sentida por causa disso... E eu num falei com, com Cau, num falei com Priscila, mas qualquer dia eu falo. É... (pausa). **(Abaixa o tom de voz).** Relacionamento da gente... Eu num tenho vontade de, de fazer... De vez em quando... Então... Eu num sei se é esse remédio, que eu tomo, alguma coisa, sabe? Meu marido me procura, eu falo: eu num tô com vontade, eu num tô a fim. Então, assim... uma coisa que me deixou um pouco chateada (S6).*

E sobre a sexualidade, o que se quis dizer e disse, exercitamos uma tentativa de aproximação e de análise, apropriando-nos das idéias de Foucault (1996, p. 10) sobre os lugares ocupados pelo discurso, que pode aparentar ser pouca coisa, mas este “não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é também aquilo que é o objeto do desejo”.

Sobre o mesmo aspecto (S6) ainda nos dá pistas de um conflito existente, um deslizamento em seu discurso que parece incoerente com o que assume anteriormente: a falta da vida sexual ativa. O conflito estabelecido está entre ser mulher, esposa, amante e ser mãe, cuidadosa, companheira, numa impossibilidade de andarem juntas, de serem complementares dentro da função matrimonial.

[...] Ô Fernanda, na verdade isso assim... Isso não é assim... não é tão (enfática) importante. O que eu acho mais importante na vida da gente é o amor, é o carinho, é o respeito, assim... Né? De conversar, ficar ali, aquela coisa... Eu tô pronta pra ajudar ele, eu tô pronta pra ajudar cuidar dos nossos filhos, né? Mas, vou te falar, igual isso aí... Senti que acabou com esse negócio de relacionamento marido e mulher, tipo assim... Destruiu. Mas eu tenho certeza que foi por causa disso, sabe? Porque eu num tenho vontade, bem que eu queria ter, sabe?

Na realização do ato físico, desejo e excitação masculina continuam percebidos como domínio e espaço de responsabilidade masculina, sendo que o casal raramente reconhece a existência e autonomia do desejo feminino, obrigando-o a esconder-se atrás da capa da afetividade (DEL PRIORE, 2000, p. 11). Percebemos, desta maneira, um ir e vir nos dizeres de (S6), que assume, reconhece a falta da libido, do desejo sexual e depois recua, numa espécie de culpa, e as outras coisas, “mais importantes”, é que devem ser consideradas, mas novamente enfatiza sua “vontade”, lamentando as mudanças ocorridas no relacionamento com o marido. A separação entre a sexualidade e a maternidade esclarece e apresenta alguns estabelecimentos históricos, sociais e morais que já marcaram e ainda marcam os tempos.

Por outro lado, não se deve esquecer que, tradicionalmente, o desejo feminino foi completamente identificado com o desejo da maternidade e que, durante séculos, a mulher foi reduzida ao papel de mãe, negando-se assim as potencialidades femininas ligadas a uma sexualidade não reprodutiva. A pulsão a ser fecundada era a única fonte legítima de desejo (DE BOUVOIR, 1949; DOLTO, 1985 apud MARZANO-PARISOLI, 2004, p. 142).

E o amor parece ser visto numa dicotomia com relação ao sexo, numa lembrança clássica do que dissocia o corpo e a alma. O amor parece estar ligado a alma e o sexo à carne, ao “corpo”. Zorn. Mars na epígrafe de Marzano-Parisoli

(2004, p. 109) define que não se pode dissociar o corpo da alma, porque um influencia e determina o outro e ambos formam um todo, nem tão pouco admitir uma diferença entre o amor e a sexualidade.

Barros (2001, p. 35-36) salienta que no século XX ocorre uma mudança nas perspectivas das mulheres, devido à Revolução Industrial e a Primeira Grande Guerra: entrada em universidades, profissões regulamentadas, apresentações de suas percepções do mundo. Os arquétipos ou modelos femininos refletiam muito mais que a beleza feminina, eram modelos de comportamentos. Dentre elas, a musa, representando os ideais de liberdade. E os seios? À mostra. Já a madona, representando a mulher normal, virtuosa, “de família”, com seus seios bem cobertos para cumprir devidamente e na hora exata sua função maternal. Por fim, a sedutora voluptuosa, escancarada, e o seio descoberto, aberto, disposto à cumprir sua função sexual, prazerosa (BARROS, 2001, p. 36-38). Para Goellner (2003, p. 105) “a construção de imagens de feminilidade como possibilidade de vigilância sobre o corpo e o comportamento feminino aparece em diferentes espaços e tempos, sob diferentes formas, estratégias e discursos”.



Fotografia 4

A Liberdade Guiando o Povo.

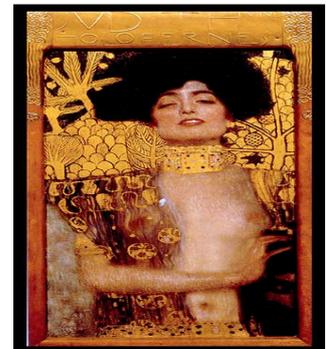
Fonte: Eugène Delacroix, 1831.



Fotografia 5

The Child's Bath.

Fonte: Mary Cassatt, 1891.



Fotografia 6

Judith.

Fonte: Gustav Klimt, 1901.

E sobre as imagens femininas e artísticas acima destacadas, interessante apropriar-se das colocações de Silva (2006, p. 10) que ressalta que “o funcionamento da arte – ou seja, a discursividade que a distingue enquanto fazer de

linguagem específico – pressupõe a mutação das sensibilidades, desautomatizando o olhar”, este último tido como a captação do mundo pela sua interpretação já-dada, mas possibilitando a instauração de sentidos outros.

Revelando mais sobre o século XX Perrot (2003, p. 25-26) apresenta manifestações de grande amplitude, o que ela chama de um verdadeiro “*habeas corpus* para as mulheres”, sendo que pela primeira vez o corpo foi o centro das lutas públicas das mulheres, tendo estas conquistado direitos e atenções antes impensados, dentre elas a liberdade do aborto na França de 1970 ou a queima do sutiã, representando o movimento feminista.

Com mais acesso à educação formal e à formação profissional, as mulheres vão, no decorrer do século XX, ocupar gradativamente o espaço público, ao mesmo tempo em que mantêm a responsabilidade na criação do(a)s filho(a)s. Neste contexto, ser ou não ser mãe passou a ter uma dimensão reflexiva, a ser uma decisão racional, influenciada por fatores relacionados às condições subjetivas, econômicas e sociais das mulheres e, também, do casal (SCAVONE, 2001, p. 50).

Portanto o diagnóstico das revoluções femininas até o século XX é, por assim dizer, ambíguo e aponta para conquistas, mas também para armadilhas. E no século XXI o corpo feminino, mais exposto, visível, “liberto” de certa sacralização dos corpos, traz consigo outras mudanças: a identidade do feminino corresponde agora a tríade beleza-saúde-juventude (DEL PRIORE, 2000, p. 13). Outra mudança é colocada por Scavone (2001, p. 48): o “ser ou não ser mãe”, destacado como o dilema do mundo moderno, cujo modelo de maternidade, que prepondera nas sociedades ocidentais contemporâneas, é caracterizada por proles reduzidas e mães que trabalham fora, apesar das diferenças e implicações sociais das várias culturas. A mulher passa a cumprir inúmeras funções: mãe, esposa, não mais e/ou somente, trabalha fora e dentro de casa, se torna cada vez mais “independente”. Vive conflitos: não sabe mais se casa ou se dedica somente a profissão, não sabe se quer filhos ou não, quantos serão, e quando os têm, muitas vezes não sabem onde “colocá-los”.

E no caso de uma “novidade” como estar doente? De fato a enfermidade pode ser lida como uma diferença, mas este não tem a mesma qualificação avaliativa que o termo desvio. E a diferença, é também o que torna a pessoa

singular e única (MARZANO-PARISOLI, 2004, p. 68). Desta forma, a mulher vai viver agora uma situação diferente da qual já se está acostumada, num total sensação de descontrole, requisitando uma reorganização de seu corpo: ser portadora de um câncer de mama. Diante de tal situação vem à tona a possibilidade de colocá-la novamente numa posição de dependente, de passividade. Deixemos claro pelos dizeres:

O resto continua do mesmo jeito. E desde que eu fiz a cirurgia, eu já fui assim... tranquila. Nun... Nunca... Fui pra radioterapia tranquila. Num precisou... A primeira vez minha cunhada foi levar, da segunda vez eu falei: não num precisa me levar não. Na volta eu passava lá na, na sacola cheia e comprava o côco verde, tomava, tomava pra não desidratar, pra não... Normalmente. [...] A família sofre mais... A família fica parecendo que, que a gente tem é... Eu não... Normal, tranquila... (S3).

[...] Que eu falava assim: eu vou sozinha, mais, como entraram no meio, minha cunhada falou assim: ela num pode ir sozinha pra lugar nenhum. Tentaram assim... me abafar, um tempo. E eu fui um pouco rebelde, então afastei um pouco, eu falei que num queria ninguém é, segurando as rédeas de minha vida, queria... conseguia viver, andar com minhas pernas (S5).

Pensemos sobre o corpo da mulher com câncer, sobre o corpo mutilado, mastectomizado, “parcialmente ou totalmente mudado”, no hoje, no nosso tempo. O sentido é de compreender os alcances que poderíamos perceber no corpo feminino com câncer de mama diante dos novos parâmetros corporais colocados, imperativos estes que estabelecem para a mulher outras maneiras de lidar com seus corpos, outros estes, mas ainda assim, imposições.

A modernidade, ao procurar fixar a mulher à família e à vida doméstica, instituiu a mãe dedicada e voltada para a satisfação das necessidades do marido e do filho como modelo ideal de feminilidade, inaugurando um processo intenso de disciplinarização de seu corpo. Em nossos dias quando a maternidade não é mais pensada como a única promessa de felicidade para a vida feminina, a busca por um corpo esbelto, jovem e “saudável”, tornou-se uma imposição que abre caminho para novas formas de controle e adestramento do corpo feminino. Nesse contexto vemos se desenhar um modelo de identidade para a mulher condicionado não por suas conquistas no mundo privado ou público, mas por mecanismos de

ajuste obrigatório à tríade beleza-juventude-saúde, que pressupõe um apagamento de seus “excessos” e de sua singularidade (NUNES, 2003, p. 10).

Então além de todo o peso, das atuações e interferências de muitos anos, pois estas de certa forma ainda se fazem presentes, incorporadas em alguns momentos ou até mesmo mitificadas, ainda recai sobre o corpo da mulher com câncer de mama, as imposições e os arquétipos da contemporaneidade, do corpo “belo e saudável”, e “peitudo”. Andrade (2003, p. 128) problematiza que “com o objetivo de ser parte integrante de tais representações, o desejo e a obsessão pelo corpo magro, esbelto, leve e delicado assume centralidade nos dias atuais, tornando tais representações hegemônicas”. E a essa representação, segundo a mesma autora, outras vão se agregando ou dela se diferenciando, como por exemplo, a fixação, desde os anos de 1990, nos seios femininos, em tamanhos significativamente maiores, como destaque no corpo que continua esguio. Desta maneira, tarefa difícil a de aceitar-se sem um, ou sem os dois seios, esforço extra para não ser vista apenas como alguém inútil ou incapaz.

[...] Mas era assim... Eu, eu, eu sentia quando... Eu adoeci. Eu sentia muito peso. Como é que eu vou falar isso com os colegas de trabalho? Eu achava que eu fosse trabalhar logo, né? Como que eu vou dá essa notícia lá pros meus colega? Como que eu vou ficar na sociedade. Eu já, eu me sentia já... só presa em casa, sem trabalho, sem amigo [...]. (S4).



Fotografia 7. *A Negra*.

Fonte: Tarsila do Amaral, 1923.

Qual seria nossa sensação ao olharmos alguém desprovido de seu seio, ou de parte dele? Como lidamos com esta aparência “estranha”, ou, quais as imagens sociais deste corpo? E qual a reação deste outro que possui um câncer? Nunes (2003, p. 7) nos auxilia em nossos questionamentos ao afirmar que um corpo que não esteja apropriado a essas prescrições estabelecidas torna-se um corpo persecutório, atestado de fracasso e impotência, que, certamente não corresponde a uma imagem idealizada e exigida por nós. No depoimento de uma das entrevistadas (S2), uma das mais velhas no grupo, temos:

Á, chorei demais, eu entrei em desespero. Quando o médico me falou que eu tinha de... Que eu ia tirar a mama toda... Eu entrei... Cé precisa de ver. Terminou, num queria conversar, num queria... [...]. Eu chorava tanto que eu fiquei desesperada [...].

O que encarcera a mulher ao mito do embelezamento não é o fato da mesma desejar cuidar de si e de sua aparência mas, sim, as representações que este mito cria e que faz com que ela se sinta invisível ou incorreta se não estiver de acordo com os padrões estipulados para seu tempo (GOELLNER, 2003, p. 54).

Pensar sobre a mulher e as representações do corpo feminino significa compreender o que se convencionou designar como sendo imperativo de seu sexo: seja bela, seja mãe e seja feminina. Imperativo porque possibilita pouca contestação; é quase uma norma que desenha um jeito natural de ser e de comportar. Isto não significa afirmar que todas as mulheres assumem e tomam para si essas convenções nem que deixam de reagir e de esboçar diferentes formas de resistência. Afinal, as mulheres são diversas entre si, portadoras de variados interesses, necessidades, vontades, desejos, sentimentos e formas de ver ao mundo e a si mesmas; são de diferentes raças, classes, religiões, idades e grupos sociais. São plurais (GOELLNER, 1999, p. 40).

Neste sentido Nunes (2003, p. 8) ao pesquisar sobre os anseios pela busca de beleza e perfeição física que invade o cotidiano das mulheres argumenta que “tornar-se mulher constitui-se agora numa verdadeira cruzada contra os aspectos do corpo feminino que não correspondam às imagens instituídas como ideais”. E as imagens proliferadas a todo o momento e as mais valorizadas pela mídia destacam o corpo: físico, belo, perfeito.

Como destaca Sant'Anna (2001, p. 19) qualquer distância que haja entre o que se quer do corpo e o que ele é, torna-se um grande problema, uma fonte de descontrolo e sofrimento. Desta maneira o corpo doente, o corpo “anormal”, imperfeito, “fragilizado” da mulher com câncer de mama não retrata bem aquilo que se espera do mesmo, nem em relação aos outros, nem relação a si mesmo.

Uma relação interessante a ser levantada diz respeito ao corpo real e ao corpo imaginário. Diante da possibilidade de possuir novamente um seio, “seu seio”, outro significado pode se constituir e isso poderá ser dado não pelo corpo real, físico, mas pelo corpo imaginário. Neste sentido Ferreira (2004, p. 61-62) nos lembra que “isso é possível porque a materialidade do corpo não é o corpo físico, a materialidade do corpo é a expressividade, ou seja, a matéria corporal não se reduz ao biológico, ela é algo muito além de músculos, ossos, nervos e sistemas”.

[...] Que eu tava no centro de Montes Claros, subi a Minas Brasil, fui lá em cima olhar, caçar um lugar pra eu lanchar, cheguei 7 e pouca da manhã. Aí eu tinha que passar ali numa loja pra me vê, pegar um sutiã de colocar prótese, né? (S1).

Que sentidos teriam se constituído após a experiência de se usar um sutiã com prótese? Ou após uma cirurgia de reconstituição mamária? Se para Ferreira (2004, p. 62) a matéria do corpo não é o biológico, mas a relação imaginária com o nosso corpo afetado pelo simbólico tem neste caso, o símbolo do que representa ser feminino e possuir seios, afetando o sujeito, significando.

Outra possibilidade que nos provoca para o entendimento sobre este corpo imaginário estaria nos momentos vivenciados pela coletividade que constitui o grupo. Pode ocorrer que nos sentidos e na identificação que as aproxima, que se estabeleceu após o convívio social, que o corpo que possuem não se apresente como mutilado, desprovido. E embora, como coloca Ferreira (2004, p. 56), seja o corpo físico “que nos permite mobilidade no tempo e espaço; no entanto, é o corpo imaginário que não tem idade, nem sexo, nem nacionalidade, que nos impulsiona a levar este corpo físico ao movimento ou a transcendência deste movimento”.

Também merecem destaque os discursos das entrevistadas quando se referem ao trabalho, à questão de ser funcional e útil a sociedade. Sob esta relação mulher e trabalho, Galeazzi (2001, p. 61) enfatiza que não é um fato novo a participação e importância das mulheres no processo produtivo, sendo que as taxas

de participação dessa população seguem aumentando, principalmente no período mais recente, e conduzido por mudanças no padrão cultural, ou simplesmente pela necessidade de obtenção de renda, o ingresso das mulheres no mercado de trabalho toma a forma de um processo definitivo. E na realização das entrevistas quando questionadas sobre a relação com o trabalho, após o tratamento de câncer, as mulheres se manifestaram intensamente, tiveram muito o quê dizer. Um ponto que muito nos chamou a atenção foi o quanto foi destacado pelas mulheres do grupo a perda da capacidade funcional do braço, muitas vezes parecendo se sobrepuser a perda do seio “sensual”, particularmente feminino, mas que para vida que a maioria delas leva, parece “pouco útil”. Então, esta perda da funcionalidade de um membro superior nos dá pistas sobre um incômodo com relação a sentir-se mais vulnerável, numa posição mais “paciente” diante da vida, diante da rotina atribulada, “o tempo não para, não para não, não para” (LENINE, 2006).

Agora, o trabalho como que era... o serviço era de casa mesmo, né? Que eu fazia. Então hoje eu tenho muitas limitações. Porque... tudo que vai fazer, por exemplo, ô... com este braço é... eu num posso pegar peso, não posso forçar ele, num posso ter impacto, qualquer coisinha... Se eu levanto, levanto e encosto o braço, já sinto a mão. Então... eu tenho limitações demais, realmente por causa da cirurgia, que antes eu não tinha. Dificuldade de fazer as coisas eu num sinto, é porque num posso fazer (S5).

Eu tenho pavor, do meu braço inchar, começou! Eu tenho pavor daquela braçadeira. Então o que eu mais peço a Deus é pra mim não deixar usar, porque...eu vejo os outros usando, ajudo a colocar, mas se for pra mim usar, é uma coisa que... é... pra mim é pavoroso, sabe? [...] (S4).

O fato das mulheres entrevistadas focalizarem tanto o “braço” e suas funções parece ir de encontro às “revoluções” relativas ao corpo feminino: a mulher e suas funções sociais, a mulher e seus afazeres. Esse é um ponto que faz parte do que caracterizaria e particularizaria as mulheres desta pesquisa: quem são, quais são suas histórias, o que representam dentro de seus contextos sociais. São mulheres que “sempre” trabalharam, ou ainda trabalham, dentro, ou fora de casa, o que poderia explicar um destaque incisivo no braço.

Estas mulheres dentro de uma dinâmica social estabelecida, buscam reconhecer o que poderão fazer e se este fazer irá corresponder às funções normais

esperadas, pois são novos os limites, impostos agora por uma condição corporal diferenciada.

Também não! Eu continuo fazendo a mesma coisa, assim... Só exceção de peso, essas coisa assim que tá assim, né? Num pode pegar muito, então às vezes eu já pego alguma coisa que eu vejo que tá pesada, eu: “vixi Maria”... às vezes a gente esquece, né? (S6).

Outro aspecto a ser ressaltado é a presença marcante do discurso religioso, conceituado segundo Orlandi (2006, p. 242) como aquele em que fala a voz de Deus ou de qualquer representante seu (padre, pregador, pastor). Enquanto instituição que sempre marcou os corpos e desta forma, também os dizeres dos sujeitos, a religião vem notadamente explicitada numa situação vivenciada como a dessas mulheres, o corpo físico, concretamente sensibilizado, enfraquecido, e outras dimensões atingidas deste corpo, criam uma aproximação com “poderes” que se acredita, possa aliviar as “dores”.

Neste sentido temos no discurso religioso um desnivelamento fundamental na relação entre locutor e ouvinte: Deus (locutor) é do plano espiritual e o ouvinte é do plano temporal, sendo que o primeiro plano domina o último (ORLANDI, 2006, p. 243). Desta maneira, o fato de se estar agarrado a algo que se crê, “bem maior”, confere a outrem a responsabilidade sobre a doença e também sobre uma possível cura “desse mal”.

Aí quando ele... aí meu esposo falou: quando você for levar o resultado eu vou com você aí eu pensei assim: ah, seja o que Deus quiser, né? [...]. Mais assim Deus te dá tanta força que eu falei...ele... aí eu falei: o que que eu tenho que fazer, antes de...? Ô cê tem que participar do risco cirúrgico (S1).

Então, a fé aumentou... mais, porque eu já confiava, eu achava que eu dependia de Deus em tudo, na vida. E...foi segurando na mão dele é que eu consegui vencer isso, porque é difícil. (S5).

Compartilhamos das ideias de Pimentel (2005, p. 103) de que esse apelo ao sagrado re-afirma a necessidade de preenchimento do sujeito, e como sujeito institucionalizante, encontramos nos dizeres destas mulheres, propriedades do discurso religioso: “ah, seja o que Deus quiser”, e as palavras “graças a Deus”, “Ave

Maria”, “*a gente depende Dele*”, “*peço a Deus*”, são regularidades nos discursos das mesmas, nos dando pistas da presença marcante da instituição religiosa na constituição do sujeito, e deste com relação à doença.

Aí eu me apeguei mais a religião. Eu toda vida fui católica, mais... depois disso, eu..., aí eu... passei a praticar mais, né? (S2).

Continuo a mes... Parece que mais religiosa ainda (enfática). Mais fé em Deus (sorri). Participo de grupo de orações, sabe? Não faltou à missa (S3).

Parece ocorrer na relação constituída pessoa- Deus, sujeito-igreja, uma ideia de troca, as responsabilidades de cada um parecem bem definidas dentro dessa relação. Com seu discurso legitimado, a instituição religiosa manifesta-se na memória discursiva do sujeito, reproduzindo mais e mais discursos, sendo que para que os homens sejam ouvidos por Deus, precisam se submeter às regras. “Assim submeter-se as regras divinas significa que eles devem ser bons, puros, devem ter mérito, ter fé etc., e para serem ouvidos assumem as qualidades do espírito, qualidades do homem que tem fé” (PIMENTEL, 2005, P. 106).

O corpo e a doença, o corpo feminino e o câncer de mama, os sentidos e significados estabelecidos a partir da experiência do sujeito com o câncer, como objetivamos evidenciar nesta seção trouxe à tona muitas descobertas: o receio da imagem social após o diagnóstico do câncer, agora um corpo doente, visto como uma possibilidade de passividade diante do cotidiano atribulado que leva a maioria das mulheres do universo pesquisado; e aí ainda mais, corpo este mastectomizado, que foge desta maneira ao o que se apregoa como normativa social. Mas estas são imposições históricas, e tal historicidade, profunda, sustentada, nos apresentou também um tabu: o corpo e sua sexualidade. E apesar de tão difícil pronúncia, ou o *dizer sobre*, nos foi relatada uma certa frustração pela diminuição do desejo sexual após o tratamento de câncer, e como é de se esperar sobre o que é tabu na sociedade, apareceu logo um deslizamento: existem coisas “*mais importantes*” que o sexo. E sobre este corpo mastectomizado (corpo real) outro aspecto: o sutiã com prótese ou os sentidos de identificação construídos no grupo de apoio evidenciam o corpo imaginário, não a mutilação, não uma parte, mas o sujeito.

Outra recorrência que nos chamou a atenção, como a preocupação das mulheres entrevistadas com o braço e sua funcionalidade também nos conduz a

pensarmos a relação da mulher com o trabalho, do corpo com suas funções sociais: utilidade e produtividade. A ênfase dada ao braço, mais que ao seio, nos faz pensar que nas inúmeras funções exercidas por essas mulheres (muitas delas responsáveis por seu próprio sustento e de outros), o braço poderia fazer, nessas condições, mais falta que o seio para exercer tais funções.

E nos dizeres dessas mulheres algumas regularidades enunciativas nos atentaram para a presença do discurso religioso, e sendo este segundo Orlandi (2006, p. 243) conduzido pela voz de Deus (mais forte, que domina, espiritual), logo nos deu pistas de ser um funcionamento marcante no enfrentamento da doença.

Desta maneira os desafios do corpo feminino, da mulher com câncer de mama, vão além daqueles enfrentados enquanto mulheres, pois são muitos os aspectos envolvidos, são muitos os impactos, os sentidos.

E como “as mulheres não são meros objetos sobre os quais se direcionam padrões estéticos e comportamentais”, estas vão interagir com os mesmos, incorporando de diferentes maneiras as representações de beleza e feminilidade eleitas para o seu tempo e seu contexto, reconhecendo-se nelas ou não, assumindo-as ou não (GOELLNER, 2003, p. 55).

E estas mulheres, aqui representadas, aqui apresentadas, são sob o olhar desta pesquisa, símbolo de que se constitui numa verdadeira resistência. O que me parece visível é que não houve conformismo, houve sim uma reação apesar de tantos contratempos, tantas adversidades. E em meio a essa pluralidade que tanto as diferencia, notável a maneira como estão ligadas, como se identificam, não somente pelo câncer que “atravessou” seus corpos, mas por tudo mais... suas histórias, seus desafios, suas vontades de que “fosse diferente”. Há aqui, possivelmente, uma humanização da relação construída, da qual não terei condições de esgotar, pois há tantos “lugares”, que mesmo enquanto pesquisadora, e talvez por esse motivo, não terei condições de ocupar. Propagar esses discursos talvez seja uma maneira de minimizar tantas impossibilidades, e no meio delas, uma possibilidade que garanta, pelo menos, a responsabilidade social de qualquer pesquisa.



Fotografia 8. *A Virgem e o Menino à frente de um Guarda Fogo.*

Fonte: Robert Campin, 1425-1430.

4 MITO E CORPO: REFLEXÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA

O câncer enquanto patologia que cada vez mais invade nosso tempo e nossos espaços, está intensamente relacionado a inúmeros mitos, metáforas que revestem a realidade daqueles que convivem diretamente, ou não, com a experiência desse adoecimento. Embora muito já se tenha avançado sobre os fatores relacionados ao adoecer de câncer, esta ainda é uma doença ligada a estigmas, pré-conceitos, desinformações. Essa mistificação que rodeia o câncer e todo imaginário a ele relacionado podem segundo Sontag (2007, p. 45) “enfraquecer a capacidade do paciente para entender o alcance do tratamento médico adequado, como também, de forma implícita, afastar o paciente de tal tratamento”, por isso o sentido aqui é de conhecer, reconhecer e retificar, para então desmistificar a doença. O imaginário social enquanto pré-construções, relaciona-se à memória do dizer, e leva em conta que a memória implica “criar condições para se instaurarem, ou não se impedirem, deslocamentos de sentidos nos discursos já cristalizados, deslocamentos que se dão a partir do que faz sentido para os sujeitos implicados” (PAYER, 2005, p. 23).

Apresentando a noção de imaginário social Orlandi (1994, p. 56) vai dizer que as formações imaginárias vão se constituir a partir das relações sociais que funcionam no discurso: a imagem que se faz de um pai, de um operário, de um presidente, por exemplo, sendo, portanto, mecanismos de projeção existente em toda língua quem permitirão passar da situação sociologicamente descritível para a posição dos sujeitos discursivamente significativa.

Na opinião de Kushner (1981, p. 260) “todas as mulheres que contraíram a doença aprenderam a viver na incerteza, mesmo as que se submeteram a grandes cirurgias”. O “domínio do incerto” invade seus cotidianos: o desconhecimento dos acometimentos advindos do câncer, o medo do tratamento e seus efeitos sobre o organismo, o medo da recorrência, o olhar social sobre o corpo doente. Neste sentido, essa doença da incerteza vai acometer o sujeito que é “social”, ou seja, aquele que apreende e sente pelas construções do meio em que vive, coletivamente, numa ação de reciprocidade.

Diante de tamanha complexidade sobre o adoecimento de câncer e os impactos também sobre os espaços sociais é que atualmente são delineadas

algumas intervenções, tais como a criação e expansão de projetos de apoio a esse tipo de paciente, e isso se dá em diferentes áreas, com suas muitas particularidades, porém para que estas ações possam ser efetivas, necessário se faz reconhecer o que se encontra na superfície e por baixo dela, entendimentos acerca do muito que se relaciona a tal patologia.

4.1 O mito em diferentes épocas

Para Mircea (1972, p. 35) não se pode começar alguma coisa sem antes conhecer a sua origem, sem entender como essa coisa veio à existência pela primeira vez. Desta maneira ao nos referirmos à mitologia e a toda riqueza de significações atribuídas a ela, é sem dúvida conveniente realizarmos um retorno a outros tempos e espaços. Segundo Nardini (1982, p. 9) a origem do mito perde-se na noite da pré-história, mas surge como um acontecimento importante da evolução humana, onde o homem, antes subjugado pelas forças da natureza, passa a compreender que os acontecimentos, os fenômenos naturais têm uma causa, estão submetidos a uma lei misteriosa da qual depende toda vida.

Para Campbell (1990, p. 9) “um mito é uma máscara de Deus, também – uma metáfora daquilo que repousa por trás do mundo visível”. E este se reveste de inúmeras formas, tem diferentes corpos, porque simboliza os diferentes homens, e as diversas leis do universo. Uma diversidade que se explica porque os homens têm muitos desejos, anseios, incompletudes, e a natureza, muitos mistérios. “Ele sabe que em cada fenômeno da natureza escondem-se presenças sobre-humanas; aprende a reconhecê-las e a chamá-las pelo nome, e oferece sacrifícios e preces para merecer proteção” (NARDINI, 1982, p.10).

Ávila (2001, p. 8) destaca a mitologia como interpretação da realidade, se constituindo numa fonte inesgotável de parábolas, representações, atos, afetos e formas de vinculação que alimentam incessantemente nossa imaginação e invadem nosso cotidiano. O mito então se apresenta inteiramente misturado à nossa vida social, enraizado, estratificado em nós, vai se fazer apreensível pelo que nos torna existentes: pelo corpo, este arquivo, receptáculo que declara nossa “presença”, espaço por onde perpassam nossas sensações, percepções, atitudes. Por meio do

corpo “somos”, por meio dele experimentamos o mundo, sendo o mesmo designado por Le Breton (2006, p. 70) como elemento que metaforiza o social e vice-versa, sendo que em seu interior se desenvolvem as possibilidades sociais e culturais.

Para Barros (2001, p. 6) “o corpo é constantemente transformado pela mentalidade mítica. E, portanto, sua realidade é moldada por essa mesma mentalidade, mesmo que inconsciente”, ou seja, algumas vezes o mito nos atinge e molda nossos pensamentos por sua característica de perpetuação: ouvimos, vemos, repetimos, acreditamos e o fato de desconhecer servirá como um intensificador do poder do mito.

E assim, o mito como sempre fez continua sua saga, ou seja, continua presente na sucessão dos tempos, na contemporaneidade, pois este mais que ordenar a existência, sempre foi uma via de lidar com o desconhecido (CAMPBELL, 1990, p. 26). E relacionado ao corpo com câncer, os mitos se instalam e se reforçam principalmente no momento em que certos saberes sobre este adoecer ainda inexistem, por essa razão é que se faz importante apresentá-los, informar sobre eles, entender seus significados.

4.2 Análise e discussão

O corpo com câncer passa segundo Sontag (2007, p. 38) por um processo de mitificação, existe uma mitologia do câncer e com ela uma variedade de crenças e fantasias, por exemplo: “o câncer é uma doença que ataca, de maneira punitiva, cada pessoa individualmente”, o que muitas vezes leva o indivíduo diagnosticado com tal patologia a se perguntar “Por que eu?”, pergunta que se faz no sentido de um pensamento de que “isso não é justo”, buscando-se sempre razões que possam vir a explicar o aparecimento de tal “mal”. Assim nos informa três das entrevistadas:

Eu acho que o câncer na minha vida foi um alerta pra mim mudar alguma coisa, que quis me testar de alguma coisa, né?... (S1).

Á, o câncer? Sei lá? A gente fica assim... achando que nunca que a gente vai... né? Que vem pra gente. A gente enxerga sempre nos outros, na gente... Pra mim foi assim... Eu ficava apavo..., fiquei

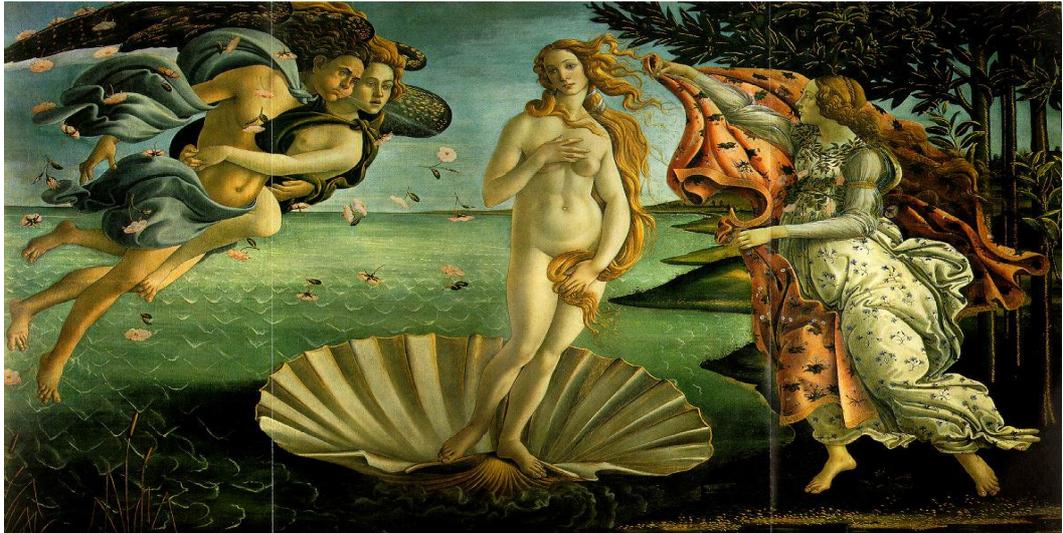
apavorada, mais depois eu vi que num era só... que num veio só pra mim, né? Veio pra muitos. E que é uma coisa que num depende da gente, né? É Deus mesmo, que sabe o que a gente tem que passar... (S2).

[...] Eu acho que foi uma experiência, assim... Sabe? Que eu tinha que passar, num é? Então, eu acho que foi isso. Uma coisa que é minha, que era pra mim, que num era... Eu num podia... Eu mesma que tinha que resolver a vida, num podia falar: toma conta pra mim Fernanda. Cê entendeu? Não! Aconteceu comigo, eu que tenho que resolver. Entendeu?... (S6).

Instiguemos estas reflexões pela apreciação das figuras de deuses e deusas retratados em obras de arte que tanto “nos contam”, sensibilizam, narram expressividade. E assim, como uma de suas tantas possibilidades, neste caso transformado em arte, o mito também nos provoca, com sua multiplicidade interpretativa, desperta nossa subjetividade

Shakespeare disse que a arte é um espelho voltado para a natureza, e é isso mesmo. Natureza é a sua própria natureza, e todas essas maravilhosas imagens poéticas da mitologia se referem a algo dentro de você. Quando sua mente se deixa simplesmente aprisionar pela imagem ali fora, impedindo que se dê a referência a você mesmo, nesse caso você terá lido mal a imagem (CAMPBELL, 1990, p. 59).

E nos utilizando de um recurso constante na obra artística: a metáfora, a analogia, que como esclarece Cauquelin (2005, p.65) tem a vantagem de utilizar palavras, ideias conhecidas e, portanto, continuar a ter perfeita clareza, ao mesmo tempo ornando o discurso e se afastando da banalidade, podemos ler através dos diferentes textos artísticos, indo das expressões faciais às roupas, dos gestos às cores.



Fotografia 9: *O casamento de Vênus.*

Fonte: Sandro Botticelli, 1485.



Fotografia 10: *As Graças.*

Fonte: Hans Baldung, 1484-1485.



Fotografia 11: *Caridade.*

Fonte: Francesco Salviati, 1543.

Ao “olharmos” as figuras com corpos femininos ali “expostos” percebemos quase sempre, o seio à mostra, ou marcados por finas vestes. Este seio como símbolo da feminilidade, como característica forte do corpo da deusa, da mulher. Essas figuras mostradas em diferentes momentos, posições, atividades, aparecem como se estivessem dispostas a mostrar-se, tais como são, femininas, com suas “protuberâncias visíveis”, carregadas de muitos significados.

Campbell (1990, p. 177) mostra que nas sociedades primitivas, agrárias, por exemplo, na antiga Mesopotâmia, no Egito, a Deusa, Mãe-Terra, era a figura mítica dominante. Essa relação estava associada à terra, ou seja, a mulher dá a luz, assim como da terra brotam as plantas. O seio como símbolo, transcende sua função fisiológica, de composição glandular, pois não é somente disso que vive o corpo. Está intimamente relacionado ao “ser feminino”, a sexualidade, ao poder da mulher de alimentar sua cria. É o que parece nos relatar uma das mulheres entrevistadas:

Eu fiquei assim... muito desesperada. Fiquei assim... Meu marido falava: não, não. Depois cê faz... Vamo ver com o médico... Não. Vamo fazer uma... Recompor a mama, e tal... Mais aí eu fui deixando que eu tinha medo... eu ficava morrendo de medo, de fazer outra cirurgia. Fui deixando, deixando, até quando meu marido morreu. Eu falei: num vou mexer com isso não [...]. Hoje eu num tenho como fazer, porque eu já tenho problema de coração, né? Eu num vou mexer com isso, praquê? (S2).

A perda da mama, e uma possível reconstituição da mesma parecem, neste caso, mais ligadas ao desejo do companheiro, à sexualidade que poderia então estar abalada na ausência desta. Após a morte do marido, “um esquecimento”? Outros medos parecem que se sobrepõem a esta ausência. O comando aqui se faz mais pelo simbólico do que pelo físico. Essa questão nos remete as colocações de Pimentel (2005, p. 109-110) sobre os deslocamentos dos sujeitos de seus lugares sociais para suas posições no discurso, que nos dizeres acima relatados parece ocorrer do lugar de sujeito-mulher-esposa para o sujeito-mulher-doente, sendo possível deslocar as formulações “*meu marido falava*” para “*num vou mexer com isso*”.

Campbell (1990, p. 177) prossegue: “o feminino representa o que em termos kantianos, chamamos de formas da sensibilidade”. A mama seria uma dessas formas sensíveis, que dão representatividade ao corpo feminino. Tudo isso poderia

explicar, em parte, a dificuldade da mulher com câncer de mama em lidar com seu novo corpo, invadido, transformado, mutilado, desprovido de parte de seu “ser feminino”, pois quando se percebe dilacerado um “pedaço” de seu corpo, pode se perder, de certa forma, uma referência e receios sobre como se é visto pelo outro, se instalarem.

Cantinelli *et al.* (2006, p. 125) trazem a relação da mama com o “ser feminino”, destacando que o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões: o seu posicionamento como mulher, atraente e feminina, ou a mãe que amamenta. E estas questões estão relacionadas a estigmas e suas associações, como, por exemplo, a ideia de que a mulher sem sua mama deixa de ser mulher, reduzindo a mesma a um seio, mas esta é em primeiro lugar, um ser. Campbell (1990, p. 59) explica que “metáfora é uma imagem que sugere alguma outra coisa”, algo que transcende que não é literalmente coisa alguma. Como metáfora interessante sobre o adoecer de câncer de mama, apresentamos uma construção que associa este último ao Mito da Hidra de Lerna. A cabeça imortal da Hidra de Lerna estaria associada à incerteza, ao medo da recidiva¹.



Fotografia 12: *Hércules e a Hidra de Lerna.*

Fonte: Antonio Pollaiuolo, 1432-1498.

¹ A A Profa. Dra. Silvia Santiago em Palestra denominada “A Onco- Rede” proferida no Simpósio de Psico-Oncologia: Atuações e Atualidades, que aconteceu nos dias 17 e 18 de maio de 2008, na UNICAMP, construiu uma analogia entre o Mito do Câncer e o Mito do Herói (Hércules), onde o herói seria o paciente de câncer, que busca vencer a doença, como Hércules venceu a Hidra.

O adoecer de câncer de mama traz certamente muitos estigmas, medos, sendo perceptível até na dificuldade que temos em pronunciar a palavra câncer, às vezes tratada como “aquela doença”, mesmo pelos que não possuem a enfermidade. Desta maneira, por se perpetuar assim e por ser muitas vezes vista como uma doença estigmatizante acaba reforçando atitudes como: não aceitação, esconder-se, porém, paradoxalmente, outros reagem de maneira inversa:

[...] Aí quando eu descobri aquilo eu já fui pro posto de saúde, aí conversei com a menina, a menina olhou, fez exame, falou: parece mesmo (S5).

[...] uma coisa que... tem gente que esconde que teve um câncer. Eu faço questão de falar, eu tive um câncer de mama, sabe? (S4).

Tinha uma colega mesmo que... ela, toda vez que eu ia visitar: a, mas você tá gordinha, não, eu tô feia, tô magra. Mas você vai melhorar também, mas ela não aceitava, sabe? A doença... Morreu, então... faleceu a pouco tempo. Num falou com ninguém, ficou escondendo (S3).

E este “eu tive um câncer” do sujeito 4 (S4), nos remete ao pensamento grego de que falar atrai, ou seja, o fato dela repetir que teve, e que não tem mais, parece reafirmar que o momento passou, foi vencido.

O câncer vem então acompanhado de um novo vivenciar, de uma certa “estranheza”, tanto por parte de quem se vê acometido pela doença, como por parte daqueles que indiretamente estão envolvidos, pois coloca o sujeito de “cara com a morte”, sendo também importante evidenciar que

o homem mantém com o corpo, visto como seu melhor trunfo, uma relação de terna proteção, extremamente maternal, da qual retira um benefício ao mesmo tempo narcíseo e social, pois sabe que, em certos meios, é a partir dele que soa estabelecidos os julgamentos dos outros (LE BRETON, 2006, p. 78).

E este olhar da sociedade, do outro, como coloca Hashigutti (2003), se faz primordialmente pelo corpo, que sobre ele tece opiniões, julgamentos, ações. E tudo isso provocará reações, atitudes primeiramente de afastar estes olhares, de não precisar ser “visto”, ser “lembrado”:

[...] Sentia bem. Só fiquei assim mais... retraída, num gostava de sair. Que assim... Meu marido às vezes me chamava, eu num gostava de sair com ele. Depois eu voltei ir pra igreja. Passei... Eu ia, né? Mas num era tanto [...]. (S2).

Outro aspecto, que advém do tratamento, mas que nem sempre ocorrerá com todas as mulheres, é a perda do cabelo, que também feminiliza, causa certo impacto sobre o olhar social. O diferente, o “anormal”, sempre atraiu olhares, subjugado as mais diferentes especulações:

[...] O povo olhava, né, o que que tá acontecendo? Eu fiz um tratamento, o cabelo caiu, depois vai nascer... (voz suave). Aí encarava de frente (S1).

Segundo Almeida *et al.* (2001, p. 2) no câncer de mama a possibilidade da recorrência se apresenta como uma das diferentes situações de ameaça aos portadores da doença, sendo possível dizer que a mulher mastectomizada processará esta possibilidade a partir da forma como esse fenômeno se apresenta na sua vida social e da interpretação que faz do mesmo.

[...] Eu ficava com medo: será que tá voltando? Graças a Deus, até hoje num... (S2).

Agora a gente sempre vive aquele medo, do câncer voltar, entendeu? Então, o que a gente preocupa! [...]. Então assim... a minha saúde depois do câncer, assim...ni outros sentidos tá normal, num houve nada, igual eu nunca tive complicações, igual muitas têm, mas o medo permanece, a gente tenta ludibriar a gente mesmo, não, eu tô ótima, não vai acontecer, né? [...]. (S4).

E no caso específico do grupo pesquisado, um projeto onde é grande a convivência, o fato dessas mulheres estarem ligadas e intensamente envolvidas uma com a vida da outra, com a doença e as “dores” da outra, o que leva a um sentimento de solidariedade, de partilha e ainda de identificação. E essa rede construída traz também à tona a lembrança recorrente de se ter tido um câncer ou poder tê-lo novamente e mais ainda a lembrança da morte, uma vez que já tiveram que conviver com algumas perdas, dentro do grupo. Essas questões são explicitadas nos dizeres de uma das entrevistadas:

[...] Eu sou muito família, então foi assim, tipo, outra família. E às vezes até melhor do que ... Igual minha mãe mesmo... Dá mais apoio que minha mãe me dá. Então, foi muito bom pra mim. [...]. Confesso que às vezes a gente fica... Às vezes assim... Eu me abato um pouquinho, quando eu vejo que alguém tá com problema de novo. Às vezes eu fico meio pra baixo. Sabe Fernanda? As vezes eu penso assim: á, melhor num ir mais, num querer mais ficar... Eu quero me afastar. Mais aí depois eu penso: não, isso não vai resolver minha vida, num vai resolver o problema. Porque se eu afasto, tá aqui, eu sempre vou pensar nas meninas, eu sempre vou pensar: como está fulana? Como é que tá? Como será que tá? Então, não é por aí. Não adianta fugir dos problemas (S6).

E esta identificação posição-sujeito-câncer parece ocorrer para muitas, na condição desta lembrança acima relatada. Assim como ela: que teve câncer, que sofreu, que teve recorrência, que morreu... eu! Na AD, segundo Orlandi (2007, p. 39-40) essas “posições” são projeções que geram imagens e que permite ao sujeito passar da situação empírica para a posição discursiva, e as palavras vão significar de forma diferente, dependendo da posição discursiva ocupada, do lugar de onde se fala.

Uma das questões que às vezes povoam o imaginário com relação ao câncer é de que alguém portador desta enfermidade é uma pessoa imóvel, cadavérica, definindo. A imagem é de alguém impossibilitado de tudo, uma imagem que denuncie o “verdadeiro mal” que ela carrega. “Os sentimentos sobre o mal são projetados numa doença. E a doença (tão enriquecida de sentidos) é projetada sobre o mundo” (SONTAG, 2007, p. 54).

Quando eu comecei tratar, algumas pessoas falava assim... A gente começava a conversar, aí depois quando a gente falava que tá li, mas que já tinha tido um câncer de mama, aí ele: a, mais... num foi maligno não, né? Foi, câncer é maligno. E até hoje, de vez em quando umas pessoas falam... Eu falo: eu tirei um nódulo. E na verdade, qual nódulo? É mesmo? Então, cê tá ótima! Num foi maligno não, né? Foi maligno. Então o que que eu falo: eu num tirei nódulo, eu tirei um câncer de mama (S4).

Assim... durante o tratamento ou assim algumas pessoas que me viram assim... sem cabelo, essas coisas... Aí eu notava que algumas pessoas ficava meio assim... mas aí depois que passou, que todo mundo viu, que graças a Deus eu fiquei bem, o cabelo cresceu, voltei tudo ao normal. Aí as pessoa falava assim: “gente eu pensava que, que... Hoje eu vejo você tão bem. Eu pensava que era uma coisa

assim... tão horrível, tipo assim, meu Deus do céu, uma coisa de outro mundo (S6).

Sobre o processo de metaforização do câncer Sontag (2007, p. 18) explica que esta doença é vista “como algo que destrói a vitalidade, transforma comer numa provação, amortece o desejo”.

No século XVII, quando segundo Lôbo, Santos e Dourado (2006, p. 5) passou-se a atribuir o câncer a diversos distúrbios no sistema linfático, as pessoas portadoras da doença eram afastadas da sociedade, acreditando-se que o “mal” pudesse ser contagioso. Para uma das entrevistadas essa é uma ideia que parece reverberar, pelos desconhecimentos ela se propaga, porém uma mudança, atribuída ao discurso científico, também:

[...] Todo mundo sabe que é difícil, ainda mais pra quem já passou, mas, assim... as pessoas já tão mudando muito o, o... sabe? O modo de pensar... Já vê que... ainda existe gente muito ignorante de pensar que câncer pega. Mais aí as pessoas com pesquisas, com, com...é... Como se fala? Com estudos. Com essas pesquisas por aí tudo.[...] (S6).

A morte iminente, tão próxima e tão presente como nunca antes parecera, “concreta”, provavelmente se apresenta como outro aspecto importante com relação ao adoecer de câncer. A morte, real, torna-se conscientemente aparente. E em situações onde nos apresentamos mais vulneráveis, onde passamos a nos ver em uma situação de desorganização de nossos espaços, corpos e pensamentos, momento de obrigatoriedade de se conviver com algo que antes não havia sido experimentado, nessa nova situação de vida, a morte, por assim dizer, ganhará também uma pulsão, uma conotação também diferenciada.

O câncer suscita no ser humano vários tipos de medo da morte: da morte com dor, da morte com alívio, da morte em fantasia, da morte dos sonhos da vida, da morte que provoca rupturas, da morte como erro e fracasso do médico, da morte como fracasso dos recursos tecnológicos, da morte ameaçada e avisada. A incidência em maior ou menor grau de um dos tipos de medo da morte citados, fica sempre na dependência da característica individual de cada membro do sistema, da sua história, das suas crenças a respeito da morte e da dinâmica existente na família no momento da demanda desencadeada pela doença (CARVALHO apud MAIA, 2005).

Cantinelli et al. (2006, p. 129) ressaltam que as perdas na esfera psicossocial se referem ao medo da morte, às questões relacionadas ao trabalho e a impossibilidade de retornarem ao mesmo e ao desenvolvimento de prole. A esse respeito Almeida et al. (2001, p. 5) trazem considerações em seu estudo, após ouvir os depoimentos de mulheres com câncer de mama: essas mulheres “denotam o sentimento que a dor e a doença lhes trazem, ou seja, a iminência do sofrimento, onde parece estar implícita a possibilidade da recorrência e, por consequência, o medo da morte”. Porém Campbell (1990, p. 161) relata o que talvez seja para algumas dessas mulheres a esperança na vida, a aceitação e o enfrentamento da doença:

o domínio sobre o medo da morte é a recuperação da alegria de viver. Só se chega a experimentar uma afirmação incondicional da vida depois que se aceita a morte, não como algo contrário a vida, mas como um aspecto da vida. A vida, em sua transformação, está sempre destilando a morte, está sempre à beira da morte. O domínio sobre o medo propicia coragem à vida.

Mas temos que considerar alguns aspectos no que diz respeito a esse enfrentamento, que vai estar condicionado pelas experiências vividas por cada uma, pelo apoio que recebeu da família, pelo acompanhamento que terá no tratamento, entre outros aspectos. Em alguns casos, a família, também surpreendida pelo diagnóstico sofre com a “antecipação da morte”, sofre por uma possível perda:

Ô mãe, a senhora fala as coisa assim, com a maior naturalidade, mãe. É câncer, mãe. E se a senhora morrer mãe? Não, num vou morrer (risos). Mas era assim... [...]. (S4).

[...] Á, acho que o chão faltou debaixo dos meus pés. Acho que eu cheguei em casa transtornadinha. Aí eu cheguei, que eu falei, aí na hora os menino num falaram nada, mais a menina mais nova já saiu chorando. Ela dizia que... Achou assim: Deus já tinha tirado a vó dela que ela gostava tanto e agora eu com essa doença... Como se diz: ela já teve medo de me perder, também. Então, aquilo pra mim foi horrível, horrível mesmo (S5).

Conviver com o desespero dos filhos, do marido, dos entes queridos, traz também um sentimento de responsabilidade sobre o outro, numa lembrança explícita sobre a função ou as funções exercidas por tais mulheres nos espaços que

habita, sendo ainda relevante ressaltar que muitas delas não contam com outras pessoas para a organização da estrutura familiar. Explicitemos:

Meu Deus, meu marido já faleceu. Agora minhas filha só tem eu. Agora elas vão ficar sem mim também. Então... Pensa na morte, claro que é. Depois não... Consulte, vi que era uma coisa menor, vi que era normal... (S3).

Lucena (2003, p. 3) ressalta que existe uma relação fantasiosa do homem com a morte o que conseqüentemente dificulta discorrer sobre a mesma, “dessa forma é que a morte assim como outros sentimentos e manifestações de natureza animal do ser humano vão se escondendo cada vez mais por trás das cortinas da vida social”. Mas ela existe, independentemente de qualquer coisa, ou situação, e o estar doente de câncer parece trazer, na verdade, a consciência da morte.

Sobre o mesmo aspecto Sontag (2007, p. 14) contribui ao refletir sobre a dificuldade em lidar com a morte nas sociedades industriais avançadas, marcadas pelo hedonismo e superficialidade das coisas e das relações, o que por consequência leva a uma dificuldade no trato com uma enfermidade vista em larga medida como sinônimo de morte, já que a última é hoje algo ofensivamente sem sentido.

O câncer então, por ser uma doença ainda repleta de desconhecimentos continua por alguns sendo mitificada, sendo essa uma das maneiras de lidar com questões ainda não tão esclarecidas, complexas. Alguns aspectos referentes ao mito e ao câncer de mama foram constatados pelos discursos das referidas mulheres como: a crença no caráter punitivo da doença, fruto da vontade de Deus; a ideia de que o doente de câncer é um “quase morto” ou de que o câncer é contagioso; a recorrência como um fator intensamente presente. Os enfrentamentos diante do olhar social influenciam a maneira de lidar com o adoecimento além de poder ser uma via para a retificação a partir do conhecimento, da mudança de atitude, da desmistificação, pois verificamos nos discursos destas mulheres que ao iniciarem seus tratamentos, a maneira como este foi conduzido influenciou a forma como o sujeito passou a lidar com a doença. Desta forma, se por um lado toda intensa mistificação que envolve o câncer, bem como seus diferentes estigmas, influenciam a forma de enfrentamento e o prognóstico da doença, por outro, quando

ocorre uma ação no sentido de uma desmistificação, possivelmente se enfrenta de maneira mais positiva esse adoecimento.

E isso somente pode se despersonificar a partir do (re) conhecimento sobre esta experiência, informações que venham esclarecer sobre os sintomas, as perdas, as limitações, mas também sobre o tratamento, os novos hábitos, o acompanhamento, as possibilidades de reordenar a vida e lidar com a doença de maneira a garantir a integridade e o “menor sofrimento” possível para o indivíduo atingido. Mesmo que em relação ao câncer ainda hoje existam alguns pontos obscuros, que a ciência tem buscado esclarecer, uma nova realidade se instala para o paciente e para os demais envolvidos a partir do: reconhecer-se doente, dos conhecimentos sobre o sujeito e sua relação com a doença e as particularidades que a ela se remetem.

Os mitos aqui revelados ou outros mais estão presentes porque ainda existe um caminho a ser trilhado, descobertas a serem feitas, tentativas, transformações, e este fazer ecoar a voz ou escutar a mulher com câncer de mama, permeia este caminho, não somente como tentativa, mais ainda como concretude, existência, significado. No discurso de uma, tantas vozes, tantas formações discursivas, mas também tantas incompletudes... Estes são “primeiros passos”, pequenos passos, mas de uma grande questão.

5 METODOLOGIA

5.1 Objeto e objetivo da pesquisa

O objeto desta pesquisa é o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama.

O objetivo da pesquisa é:

Geral:

Buscar os sentidos e os significados pelos discursos daquelas que viveram a experiência de serem acometidas por um câncer de mama.

Específicos:

- a) Apresentar o significado da atividade física, enquanto prática corporal, para mulheres acometidas pelo câncer de mama e que estão inseridas em grupo de apoio;
- b) Compreender como o corpo feminino é atingido pelas delimitações, limitações e construções socioculturais e como estas intervenções se relacionam com a identidade do que é ser mulher nos espaços sociais.;
- c) Identificar alguns mitos relacionados ao câncer, reconhecendo como isso se dá no contexto do corpo feminino acometido pelo câncer de mama.

5.2 Tipo de pesquisa, instrumento e técnicas

Trata-se de pesquisa empírica com abordagem qualitativa, tendo como suporte metodológico a Análise do Discurso (AD), em sua vertente francesa, representada no Brasil, por Eni Orlandi. Foi desenvolvida no Projeto Vida Presente da cidade de Montes Claros – MG, sendo o mesmo aprovado como projeto de

extensão da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, no ano de 2008, tendo como propósitos: oferecer um programa sistematizado de atividade física para mulheres com câncer de mama e ao mesmo tempo oportunizar um espaço que permita a troca de experiência e possibilite a sociabilidade.

Após o ingresso da pesquisadora na equipe multidisciplinar do projeto que conta com assistência médica, fisioterápica, psicológica e do profissional de Educação Física, a mesma permaneceu, durante um ano, como voluntária e na posição de professora de dança das mulheres participantes do programa. Desta maneira foi possível um primeiro contato, uma primeira via para apreensão, entendimentos, questionamentos, o que posteriormente gerou um problema de pesquisa.

A etapa que se seguiu foi a aplicação de uma entrevista piloto, com o intuito de testar a aplicabilidade e a compreensão das questões construídas a partir dos objetivos do estudo. Inicialmente realizamos uma entrevista piloto com sujeitos que não têm relação com as particularidades da população estudada. Contamos com a colaboração de quatro mulheres, não acometidas por câncer. Num segundo momento, a mesma entrevista foi aplicada a três outras mulheres que se aproximam da amostra por terem sido as mesmas, acometidas pelo câncer (uma com linfoma, outra com câncer de mama e por último, uma com câncer de boca).

A partir dos ajustes que se fizeram necessários, iniciamos nossa coleta de dados. Para efetuar a coleta utilizamos a entrevista semiestruturada como instrumento, sendo que a mesma continha nove questões abertas e anteriormente foram feitos questionamentos sobre dados pessoais para melhor reconhecimento acerca da população investigada como: idade, moradia, escolaridade, profissão, plano de saúde, renda familiar, ano da descoberta do câncer, tratamento realizado, tipo de cirurgia, com o intuito de caracterização do grupo amostral. As questões abertas foram permeadas: 1) experiência de ser portadora de um câncer de mama, 2) o significado do câncer na vida de mulheres participantes de grupo de apoio e 3) as possíveis mudanças ocorridas desde o diagnóstico ao tratamento. E como noção fundamental na análise do discurso, consideramos o funcionamento da linguagem, levando, desta maneira em consideração, as condições de produção, que representam o mecanismo de situar os protagonistas e o objeto do discurso (ORLANDI, 2006, p. 117).

Para realização deste estudo entrevistamos seis mulheres, participantes do referido projeto a no mínimo dois anos. A idade das mulheres do projeto vai dos 40 aos 80 anos (população de estudo) e a amostra da pesquisa, vai dos 44 aos 66 anos, sendo que todas elas foram diagnosticadas com câncer de mama. Todas as mulheres da amostra passaram por intervenção cirúrgica, ou seja, são mastectomizadas e já concluíram seus tratamentos.

Todos os depoimentos foram coletados em abril de 2009, sendo que as seis mulheres entrevistadas foram identificadas como sujeitos (S), indo então de S1 a S6. Quatro dessas mulheres foram entrevistadas em suas residências e duas foram entrevistadas após o término das aulas realizadas no Projeto Vida Presente. Em todos os momentos da coleta de dados, permaneceram-se no local apenas a pesquisadora e a entrevistada.

5.3 O referencial metodológico: o método da Análise de Discurso

As entrevistas realizadas constituíram-se como o *corpus* do referente estudo, sendo analisado segundo procedimentos teórico-metodológicos da Análise do Discurso (AD) para a compreensão da linguagem verbal, sendo confrontados com a literatura estudada e com os próprios discursos das mulheres da amostra, tentando compreender os sentidos produzidos pela língua por/para os sujeitos (ORLANDI, 2007, p 17).

A Análise do Discurso utilizada como método, consiste em explicitar os processos de significação presentes no texto, permitindo ao pesquisador “escutar” outros sentidos que ali estão, e compreender como eles se constituem.

Orlandi (2007, p. 26) traz à tona os dispositivos e o conjunto de trabalhos que constitui este método, e esclarece que a AD, enquanto método, “não estaciona na interpretação, trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação”, sendo que a mesma não procura sentido verdadeiro, mas visa compreender, ou seja, explicitar os processos de significação presentes no texto, permitindo a escuta de outros sentidos que ali estão.

Orlandi (2007, p. 15) entende que a AD trata do discurso, e este é “assim palavra em movimento, prática de linguagem”, e ao estudá-lo observa-se o homem

falando. O que o sujeito diz “tem relação com o seu lugar, isto é, com as condições de produção de seu discurso, com a dinâmica de interação que estabelece na ordem social em que ele vive” (ORLANDI, 2006, p. 138).

E para Orlandi (2007, p. 15) “na análise do discurso, procura-se compreender a língua fazendo sentido, enquanto trabalho simbólico, parte do trabalho social geral, constitutivo do homem e da sua história”. O que ocorre é que “nesse tipo de análise, olha-se através do texto enquanto unidade significativa” (ORLANDI, 2006, p. 116).

O discurso, enquanto objeto da análise, é sócio-histórico, ele é a materialidade específica da ideologia, sendo a língua sua própria materialidade específica. Sedo assim, o sujeito se constitui enquanto tal pela ideologia e é assim que a língua faz sentido. O discurso é ao mesmo tempo o que torna possível a mediação necessária entre o homem e a realidade natural e social (ORLANDI, 2007, p. 15). Via discurso o sujeito pode intervir no mundo, pode criar esta ligação, mostra-se, mas não de maneira transparente. Orlandi (2006, p. 157) complementa: pelo discurso, “se considera que a relação estabelecida pelos interlocutores, assim como o contexto, são constitutivos da significação de que se diz”.

[...] a análise do discurso não realiza uma leitura subjetiva, ou seja, aquela na qual o leitor busca conteúdos e projeta no texto categorias de análise que não passa, por nenhum filtro crítico. da mesma maneira, a Análise do Discurso não pratica leituras des-historicizadas, nas quais reduz-se o texto a uma rede de nexos coesivos e argumentativos (MARIANI, 2004, p. 11).

Em relação ao dizeres, ao que é anunciado, Orlandi (2007, p. 30) afirma que são estes, efeitos de sentidos produzidos em condições determinadas, específicas, não sendo somente mensagens a serem decodificadas. E os sentidos vão deixando vestígios, pistas que devem ser apreendidas, analisadas e colocadas em relação com sua exterioridade, suas condições de produção. Esses sentidos estão desta maneira, relacionados com o que é dito ali e ainda em outros lugares, com o que não foi dito e com o que poderia ser dito e não foi. Então, na análise dos discursos “tudo” deve ser considerado, relevado: o interior, o exterior, as margens. A partir dessas considerações e princípios é que buscamos compreender os sentidos postos pelos discursos das referidas mulheres, dentro de um contexto social específico, considerando as condições nas quais foram produzidos, fazendo significar-se.

5.4 Os sujeitos da pesquisa

Abaixo apresentamos a caracterização das mulheres que constituem a amostra desta pesquisa.

Sujeitos	Idade	Profissão	Ano da descoberta do câncer	A qual tratamento foi submetida	Momento do tratamento em que se encontra
S1	44	Professora Ajustamento	2005	Quimioterapia e radioterapia	Acompanhamento
S2	66	Pedagoga Aposentada	2004	Radioterapia	Acompanhamento
S3	62	Aposentada	1993	Quimioterapia e radioterapia	Acompanhamento
S4	55	Funcionária Pública Aposentada e Economia Informal	2006	Radioterapia e hormonoterapia	Acompanhamento
S5	57	Pensão alimentícia e economia informal	2002	Quimioterapia e radioterapia	Acompanhamento
S6	45	Confeiteira	2007	Quimioterapia e radioterapia	Acompanhamento

Quadro 1: Caracterização da amostra da pesquisa.

Fonte: O autor (2009).

5.5 Procedimentos de análise:

O procedimento analítico buscou observar as regularidades enunciativas e os deslizamentos perceptíveis nos discursos das mulheres acometidas pelo câncer de mama, identificando posteriormente quais formações discursivas estariam presentes nos mesmos. Segundo Orlandi (2007, p. 43) “a formação discursiva se define como aquilo que numa formação ideológica dada, ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada, determina o que pode e deve ser dito”. A partir dessas estratégias de análise, nos foi possível identificar algumas pistas deixadas pelos sujeitos e conseqüentemente os sentidos produzidos.

E para Orlandi (2006, p. 218) pensar a sistematicidade do objeto da análise de discurso, sendo o objeto, neste caso, os discursos das mulheres acometidas pelo câncer de mama, é refletir sobre os diferentes contextos relacionados aos sujeitos: o contexto imediato ou de enunciação e o contexto sócio-histórico, ideológico.

Orlandi (2006, p. 119) “esclarece que do ponto de vista da Análise do Discurso, a mera repetição já significa diferentemente, pois introduz uma modificação no processo discursivo. O fato de dizer a mesma coisa duas vezes, cria um efeito de sentido que não permite identificar a segunda à primeira vez, uma vez que estes são dois *acontecimentos* diferentes.

Então em relação aos questionamentos feitos às mulheres buscamos identificar o que se sustentou e onde houve deslizamentos de sentidos. Na representação abaixo, vemos

a historicidade representada pelos deslizes produzidos nas relações de paráfrase que instalam o dizer na articulação de diferentes formações discursivas, submetendo-os à metáfora (transferências), aos deslocamentos: possíveis “outros”. Falamos a mesma língua, mas falamos diferentes. dizemos as mesmas palavras mas elas podem significar diferente (ORLANDI, 2007, p. 79-80).

Desta maneira os procedimentos metodológicos levaram em consideração duas noções fundamentais: a paráfrase que de acordo com Orlandi (2007, p. 36) diz respeito aquilo que se mantém, o retorno aos mesmos espaços do dizer e a metáfora, relacionada ao uso de uma palavra por outra (ORLANDI, 2007, p. 80).

A-B-C-D	
X-B-C-D	Paráfrases
X-Y-C-D	=
X-Y-K-D	Metáforas
X-Y-K-E	

Buscamos ser fiéis nas transcrições das respostas e a partir das estratégias de análise da AD trazemos alguns exemplos com o intuito de esclarecer a maneira pela qual analisamos os dizeres das mulheres entrevistadas, levando em consideração os temas tratados neste estudo.

EXEMPLO 01

S1: [...] Eu me soltei mais. Eu era muito retraída. Dança? Eu nunca tinha dançado, né?

S2: Eu sempre fui assim, muito calada, muito tímida. Sabe? [...] passei a conversar mais, entrosar mais com as pessoas.

S4: É, é, essa mudança é para o social. Eu me socializei mais.

S5: Tem. Igual eu falo com meus filhos, eu era muito tímida. Eu tinha problema, era caladinha, quietinha, num abria a boca, num falava nada, ficava sempre quietinha [...].

Destacamos nos exemplos acima a presença tanto da paráfrase, quanto da metáfora. As três mulheres repetem, por exemplo, o fato de serem, anteriormente caladas, tímidas e ainda usam outras palavras para dizer o mesmo: mudança para o social, “me soltei mais”, ou “era quietinha”, “num abria a boca”.

EXEMPLO 02

S3a: A saúde? Eu tenho que ter cuidado, eu tenho que fazer meus... faço a bateria de exame, de quatro em quatro meses [...] Num posso assim... Descuidar.

S3b: Ô, atividade física é de acordo com... a gente tinha que fazer avaliação, que não são todas as atividades que a gente pode fazer, né? Só, procuro assim... [...] Limite. Que eu tô achando que eu tô muito boa, depois vou fazer coisa... [...] Então... tem que tá sempre...

No exemplo acima, temos a metáfora presente. S3 ressalta, o “ter cuidado”, não poder se descuidar e num segundo momento faz uso da palavra “limite”, parecendo destacar o fato de ter que estar sempre “atenta”. Desta maneira, o sujeito se utilizou de uma outra palavra, substituindo o termo “cuidado” para retomar a mesma ideia.

EXEMPLO 03

S5a: Igual que eu falei com você. Eu num fazia caminhada, eu num fazia nada. Então agora, depois então... que eu faço esses exercícios e eu me sinto bem [...].

S5b: [...] Então, a minha vida mudou muito. Eu procuro assim... fazer tudo igual eu falo com você, fazer tudo pra viver bem. Bem, bem com os outros, bem comigo.

Neste último exemplo, temos novamente a presença da metáfora, onde S5 reafirma a mudança na vida empregando termos como: “num fazia...”, “mas agora”... e cita, em outro momento, retomando a mesma ideia, o exercício como parte dessa mudança, como um dos fatores de um possível “sentir-se bem”.

Os depoimentos foram coletados em abril de 2009, sendo que as seis mulheres entrevistadas foram identificadas como sujeitos (S), indo então de S1 a S6. Quatro dessas mulheres foram entrevistadas em suas residências e duas foram entrevistadas após o término das aulas realizadas no Projeto Vida Presente. Em todos os momentos da coleta de dados, permaneceram-se no local apenas a pesquisadora e a entrevistada.

Temos a história nos mostrando que a trajetória experimentada por um corpo acometido por câncer é repleta de experiências, ora vencedoras ora infrutíferas. Desta maneira na segunda sessão onde contextualizamos o corpo feminino e o câncer de mama, observamos este jogo de incertezas pelos ditos constitutivos nos

corpos cheios de promessas e novas realidades. Sobre estes aspectos apresentemos os seguintes exemplos:

EXEMPLO 01

S1: Ô, eu (pausa) assim... eu era católica, sabe? Eu era católica, hoje eu sou mais fervorosa. Eu procuro participar mais ainda hoje, sabe?

S2: Aí eu me apeguei mais a religião. Eu toda vida fui católica, mais... depois disso, eu..., aí eu... passei a praticar mais, né?

S3: Continuo a mes... Parece que mais religiosa ainda (enfática). Mais fé em Deus (sorri). Participo de grupo de orações, sabe? Não falto à missa.

S4: Eu, eu sempre fui católica, mas depois disso, eu... enxerguei mais assim... com mais fervor, né?

Com relação a questão acima retratada, foi possível observar a presença da paráfrase, por exemplo quando vemos destacadas nas falas o fato de evidenciarem o “ser católica”. E ainda temos a noção de metáfora ao vermos substituído o “participar mais”, pelo “praticar mais” ou ainda pelo “não faltou à missa”.

EXEMPLO 02

S4a: É, eu aprendi muito, eu aprendi muito, eu acho que minha vida começou foi aí.

S4b: Porque parece que eu, eu, eu renasci, cê entendeu? Eu nasci de novo.

S4c: Eu aprendi a valorizar as coisas, as pessoas, aprendi a enxergar muita coisa, sabe? É... o próprio jeito de viver, eu, eu vi que tinha alguma coisa antes que num, num... Parece que eu aprendi mais os sentidos da vida.

No exemplo 02, S4 deixa perceptível a presença da metáfora ao relatar que parece ter nascido de novo depois da experiência do câncer, trocando alguns termos como “renasci” por “aprendi a valorizar”, “a enxergar muita coisa”, numa espécie de nova chance, por isso novos valores, outros sentidos incorporados.

EXEMPLO 03

S2a: O trabalho prejudicou um pouco, né? *Que eu num podia tá fazendo tudo. Eu gostava de fazer salgado, fazer doce, muito... Fazia muito biscoito. Aí, eu... Diminui.*

S2b: *Mudou. Mudou porque aí eu tive que diminuir, né? Num podia fazer certas coisas, né?*

Nos relatos acima temos nos dizeres de S2 a paráfrase presente, havendo uma “repetição” ao evidenciar uma mudança com relação ao trabalho, aos afazeres do dia-a-dia, destacando que teve que “diminuir”. Temos também a metáfora ao substituir a mesma ideia por “o trabalho prejudicou um pouco” ou pelo “num podia fazer certas coisas”, evidenciando a tal redução no ritmo de vida.

A seguir trazemos outros exemplos que dizem respeito ao tema de nossa terceira sessão: o mito e o corpo, onde é possível perceber regularidades, deslizamentos, deslocamentos de sentidos:

EXEMPLO 01

S1: *Uma angústia no peito, que me deu assim... que eu me lembro assim... [...] eu fui pegar o resultado porque só no laboratório que poderia entregar, só que eu falei: a gente fica naquela ansiedade sem saber o resultado, né?*

S3: *Olha, todo... Acho que num existe uma pessoa que fala que quando você faz o exame e fala: você tem câncer de mama. Num fica apreensivo, meia triste (enfática). Cheguei chorar, né?*

S4: *Eu, eu entrei em pânico comecei, só comigo mesma.*

S5: Na verdade assim... Na hora eu fiquei meia aérea assim... Fui pra festa! Depois é que eu me toquei, sabe?

Nos exemplos trazidos acima vemos o uso da metáfora, diferentes maneiras de tratar o mesmo tema, outras formas de dizer sobre o impacto causado pelo diagnóstico da doença: temos angústia, apreensão, pânico, fuga, o que são substituições relacionadas aos diferentes contextos, como já colocado por Orlandi.

EXEMPLO 02

S3: Então... Pensa na morte, claro que é. Depois não... Consultei, vi que era uma coisa menor, vi que era normal...

S4: [...] Ô mãe, a senhora fala as coisa assim, com a maior naturalidade, mãe. É câncer, mãe. E se a senhora morrer mãe? [...].

S5: Achou assim: Deus já tinha tirado a vó dela que ela gostava tanto e agora eu com essa doença... Como se diz: ela já teve medo de me perder, também.

No exemplo 02, temos bem caracterizado o uso da paráfrase, aparecendo em todos os dizeres (retorno, repetição), a morte, como uma sentença da doença.

EXEMPLO 03

S2a: Á, chorei demais, eu entrei em desespero. Quando o médico me falou que eu tinha de... Que eu ia tirar a mama toda... Eu entrei... Cê precisa de ver.

S2b: Eu fiquei assim... muito desesperada. Fiquei assim... Meu marido falava: não, não. Depois cê faz... Vamo ver com o médico... Não. Vamo fazer uma... Recompôr a mama, e tal...

EXEMPLO 04

S2: Eu ficava com medo: será que tá voltando? Graças a Deus, até hoje num...

S4: [...] Agora a gente sempre vive aquele medo, do câncer voltar, entendeu? [...].

Temos acima (exemplo 03 e 04) a presença da paráfrase. No primeiro, na retomada de S2 com relação ao desespero provocado com a possibilidade da cirurgia, da retirada da mama, diante da presença do médico, do marido, formações discursivas intensamente ligadas a esta possibilidade. E no segundo, percebemos a paráfrase nos relatos com relação ao medo constante da recidiva.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final deste trabalho, pareceu mais apropriado denominar estas “últimas” palavras de considerações iniciais e não finais. Primeiro porque uma pesquisa parece abrir muito mais espaços que delimitá-los. Muitas questões a serem formuladas, muitas respostas que não foram dadas, muitas continuidades. Mas se o “discurso é sempre incompleto assim como são incompletos os sujeitos e os sentidos”, como considera Orlandi (2008, p. 113), continuemos no sentido de analisá-los, de fazê-los ecoar, afinal o corpo, a mulher, o câncer, a atividade física, não são somente palavras, conceitos, são espaços, movimentos, percursos, complexidades. Sob eles podemos lançar vários olhares, poderes, mitos, a respeito deles podemos dizer, fazer, ouvir, conhecer, deles podemos usufruir, temer, sentir.

Pensamos que vale a pena deixar algumas considerações, eis algumas: o grupo de apoio poderia até funcionar como um espaço “limitante”, pois quando a mulher participante volta para casa, retoma seus outros lugares, suas diversas outras funções, das quais não pode e/ou consegue ficar omissa, estes outros lugares poderiam muitas vezes retirá-las de um “primeiro plano”. Porém, o fato de algumas dessas mulheres reconhecerem que acima de tudo estão vivas, parece se reforçar no grupo. E esta é uma grande descoberta, uma grande questão: se a doença pode trazer a consciência da morte, ela também pode permitir a consciência da vida.

E o Projeto referido neste trabalho, como ação extensiva, linha que une universidade (em sua função social que extrapola os espaços acadêmicos para ser incentivadora e facilitadora de grandes mudanças sociais) e comunidade, pode ainda se constituir em local para tais mudanças: de pensamento, de trajetória, de perspectivas.

Importante evidenciar também que foi um ganho percebermos enquanto área da Educação Física o quanto este campo de conhecimento ainda precisa buscar o aperfeiçoamento de suas intervenções, reformular e rever algumas questões sobre sua atuação no que diz respeito à “saúde” dos sujeitos, não somente com uma preocupação de ordem terminológica, mas de ordem identitária e discursiva.

Se a nossa pesquisa não foi capaz de responder tantas outras questões como: porque algumas dessas mulheres conseguem e outras não, se lembrar que

“antes que eu morra”, “eu estou viva”, ou porque algumas priorizam a si mesmas e realmente mudam, reconhecem posições jamais experimentadas, e outras não? E ainda, quais sentidos são produzidos e experimentados por mulheres que se submeteram a uma reconstituição mamária imediata, ou não? Todas estas questões continuam a nos instigar...

Mas uma coisa a nós ficou clara: depois de tantos dizeres e novos (re)conhecimentos, o que temos e vemos são MULHERES.

*“Eu nunca paro de aprender, porque são muitas as posições
sujeito ainda incompletas.”*

No princípio um grande grupo.

Um coletivo feminino unido pela mesma dor,

Mas também pelo mesmo amor:

Ao outro, à vida, a si mesmo.

No começo um olhar sobre elas.

Muitos medos, diferentes desafios:

Como atingir esse corpo,

Que a mim se apresenta novo, frágil?

Posso pronunciar “câncer”?

No meio de tudo, não as “olho mais”.

Eu agora as sinto,

Por suas expressões, seus corpos únicos,

Seus silêncios, sussurros, gritos.

Aprendi então que podia falar “câncer”,

Mas que este não se encerrava em palavra.

No “fim”, que não finda a vida,
Nem estreita os elos construídos,
Fragilidade transmutada em fortaleza.
Sou parte agora deste grupo.
E o que eu sei, “e não sei”.
O que ficou e não esquecerei:
É “o viver”.
Viver de novo.
Vida presente, “aparente”
No corpo todo, a visibilidade.
Viver de um outro jeito?
Resplandecer, sucumbir as adversidades, tantas elas!
Mas não são intransponíveis.
Aprender, reordenar, incorporar.
Mudar, renovar?

E tudo isso acontecendo de todos os lados.
Em todos os corpos: no delas, “minhas meninas”,
Mulheres, agora mais ainda.
E no meu, mulher, aprendiz,
“Pequena”, agora mais ainda.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M. de *et al.* Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 07 Mar. 2008.

ANDRADE, S. S. **Saúde e beleza do corpo feminino: algumas representações no Brasil do Século XX**. Movimento (Porto Alegre), Porto Alegre - RS, v. 9, n. 1, p. 119-143, 2003.

AURELIANO, W. A. **Vênus Revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama**. Barbarói (USCS), v. 27, p. 107-129, 2007.

ÁVILA, L. A. Psicanálise e mitologia grega. In: **Pulsional** Revista de Psicanálise, anos XIV/XV, n 152/153, 7-18, 2001/2002.

BACURAU, R. F. P.; COSTA ROSA, L. F. B. P. Efeitos do Exercício sobre a Incidência e Desenvolvimento do Câncer. São Paulo: **Revista Paulista de Educação Física**. v.2. n.11. p.142-147,1997.

BAGRICHEVSKY, M. ESTEVÃO, A. Os sentidos da saúde e a Educação Física: apontamentos preliminares. **Arquivos em Movimento**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.65-74, 2005.

BAGRICHEVSKY, M. ESTEVÃO, A. PALMA. **A saúde em debate na Educação Física**, Blumenau (SC): Edibes, 2003.

BARBOSA, R. C. M; XIMENES, L. B; PINHEIRO, A. K. B. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais. **Acta Paul Enferm.** v.17, n. 1, p.18-24, 2004. Disponível em: http://www.unifesp.br/denf/acta/2004/17_1/pdf/art2.pdf. Acesso em: 11 jul. 2008.

BARROS, D. D. **Da submissão feminina à conquista de uma imagem corporal (ir)real**. 2001. 163 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Escola de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

BATTAGLINI, C. L. *et al.* Atividade física e níveis de fadiga em pacientes portadores de câncer. **Rev. Bras. Med. Esporte**. v. 10, n.2, p. 98-104, Mar/Abr, 2004.

BERGAMASCO, R. B. ; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 47, n.3, p. 277-82, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2008. Disponível em: <http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa08/index.html>. Acesso em: 17 out. 2008.

CAMPBELL, J. **O poder do mito**. São Paulo: Palas Athena, 1990.

CANTINELLI, F. S. *et al.* A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 33, n. 3, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em: 21 julh. 2008.

CARVALHO, Y. M. de. Atividade física e saúde: onde está e quem é o “sujeito” da relação? **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 9-21, jan., 2001.

CAUQUELIN, A. **Teorias da arte**. São Paulo: Martins, 2005.

CORBIN, A. A influência da religião. In: CORBIN, A.; COURTINE, J-J.; VIGARELLO, G. **História do corpo: da revolução à grande guerra**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

CRUZ, M. M. S.; PALMEIRA, F. C. C. **Construção de identidade de gênero na educação física escolar**. Motriz, Rio Claro, SP, v.15 n.1 p.116-131, 2009.

DALL'OLIO, A. M. M. **O corpo adoecido em seu seio:** subjetividade e câncer de mama. 2006. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, 2006.

DATASUS (Departamento de Informática do SUS), 2000. **Indicadores e dados básicos**, Brasil, 2004. <<http://www.datasus.gov.br/cgi/idx97/matriz.htm>>.

DEL PRIORE, M. **Corpo a corpo com a mulher:** pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil. São Paulo: Editora SENAC São Paulo, 2000.

DELLA FONTE, S.S.; LOUREIRO, R. A ideologia da saúde em educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v.18, n.2, p.126-132, jan. 1997.

FABBRO M. R. C; MONTRONE, A. V. G; SANTOS, S. dos. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 532-7, out/dez, 2008. Disponível em: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/370_v16n4a13.pdf. Acesso em: 11 jul. 2008.

FERREIRA, E. L. Corpo: empírico e imaginário. In: **Rua** – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da Unicamp. Campinas: Nudecri, n. 10, mar., 2004.

FILHO, A. F. F. Conceitos gerais do câncer e do tratamento quimioterápico. In: AZEVEDO, D. R.; BARROS, M. C. M. de.; MÜLLER, M. C. **Psicooncologia e interdisciplinaridade**. São Paulo: EDIPUCRS, 2004.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 1996.

_____. **História da sexualidade I:** a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

GALEAZZI, I. M. S.. **Mulheres trabalhadoras:** a chefia da família e os condicionantes de gênero. Revista Mulher e Trabalho, Porto Alegre, 2001.

Disponível em <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/mulher/2001/artigo4.pdf>.
Acesso em: 06 agos. 2009.

GOELLNER, S. V. **Imperativos do ser mulher**. Motriz, Rio Claro, SP, v. 5, n. 1, p. 40-42, 1999.

_____. **Bela, maternal e feminina**: imagens da mulher na Revista Educação Physica. Ijuí: Unijuí, 2003.

GUERRA, M. R; GALLO, C. V. de. M; MENDONÇA, G. A. S. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 227-234, 2005.

HASHIGUTTI, S. T. **Subjetividade brasileira e aprendizagem de línguas estrangeiras: um estudo discursivo**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

_____. **Futebol no Brasil**: sentidos e formas de torcer. RUA [online]. 2008, no. 14. Volume 1 - ISSN 1413-2109

HEGG, R. Câncer de mama. **Rev. Bras. Med.** Vol. 57, n. 5, maio, 2000.

JURBERG, C.; GOUVEIA, M. E. ; BELISÁRIO, C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 52, p. 139-146, 2006.

KOURY, M. G. P. **Identidade e pertença**: Estilo de vida e disposição morais e estéticas em um grupo de jovens. RUA [online], v. 1, n. 14, 2008.

KUSHNER, R. **Por que eu?** São Paulo: Summus, 1981.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

LENINE; FALCÃO, D. Paciência. **CD Acústico MTV**. Arquivo Pessoal, 2006.

LÔBO, R. C. de M. M. , SANTOS, N. de O. , DOURADO, G. **Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres mastectomizadas**: um estudo psicanalítico. *Psicol. hosp. (São Paulo)*. [online]. jan. 2006, vol.4, no.1 [citado 10 Novembro 2009], p.0-0. Disponível na World Wide Web: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 set. 2008.

LOVE, R. R. **Manual de oncologia clínica**. Fundação Oncocentro de São Paulo. 6ª ed. São Paulo, 1998.

LUCENA, R. de F. **Elias: Solidão e morte**. Conexões (UNICAMP), Campinas/Unicamp, v. 1, n. 1, p. 71-78, 2003.

LUSSI, I. A. de O. ; PEREIRA, M. A. O. ; PEREIRA, J. A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 14, n. 3, p. 448-456, 2006.

MAIA, S. A. F. **“Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família”**. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiconcologia - Hospital Erasto Gaertner, Curitiba, 2005. Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11052005-112949/>. Acesso em: 06 set. 2008.

MARIANI, B. Ética, pesquisa e análise do discurso. In: **Rua** – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da Unicamp. Campinas: Nudecri, n. 10, mar., 2004.

MARUYAMA, S. A. T. *et al.* **O corpo e a cultura como locus do câncer**. *Cogitare Enfermagem (UFPR)*, v. 11, p. 171-175, 2006.

MARZANO-PARISOLI, M. M. Corpo, sexualidade e ética. In: MARZANO-PARISOLI, M. M. **Pensar o corpo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MIRCEA, E. **Mito e realidade**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

NARDINI, B. **Mitologia: o primeiro encontro**. São Paulo: Círculo do Livro S.A, 1982.

NUNES, S. A. De menina à mulher: impasses da feminilidade contemporânea. In: **2º Encontro Mundial dos Estados Gerais**, 2003, Rio de Janeiro. **2º Encontro Mundial dos Estados Gerais da Psicanálise**, 2003.

NIEMAN, D. **Exercício e saúde**. São Paulo: Manole, 1999.

ORLANDI, E. P. **Discurso, imaginário social e conhecimento**. Em Aberto, Brasília, ano 14, n.61, jan./mar, 1994.

_____. Identidade Lingüística Escolar. In SIGNORINI, I. (org.) **Língua(gem) e Identidade**. Campinas: Mercado de Letras, 1998.

_____. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. Campinas, SP: Pontes, 2006.

_____. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, SP: Pontes, 2007.

_____. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. Campinas, SP: Pontes, 2008.

PALMA, A., ESTEVÃO, A., BAGRICHEVSKY, M. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M., PALMA, A., ESTEVÃO, A. **Sáude em debate na educação física**. Blumenau: Edibes, 2003.

PALMA, A. Atividade física, processo saúde-doença e condições sócio-econômicas: uma revisão da literatura. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, São Paulo, v.14, n. 1, p. 97-106, 2000.

PAULO, M. C. **Câncer: o lado invisível da doença**. Florianópolis: Insular, 2004.

PAYER, M. O. Linguagem e sociedade contemporânea – sujeito, mídia, mercado. In: **Rua** – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da Unicamp. Campinas: Nudecri, n. 11, mar., 2005.

PEDROSO, W. ; ARAUJO, M. B. ; STEVANATO, E. **Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer**. Motriz, Rio Claro. v.11, n.3, p.155-160, 2005.

PEREIRA, B. As limitações do método científico: implicações para a Educação Física. **Revista Paulista de Educação Física**, São Paulo, v.12, n.2, p.228-48, 1998.

PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, M. I. S. de; SOIHET, R. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

PIMENTEL, R. M. L. A inscrição de gestos de interpretação em um “texto-bilhete”: significando (-se) em meio a um processo institucional (izante). In: **Rua** – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da Unicamp. Campinas: Nudecri, n. 11, mar., 2005.

PRADO, M. A. S. **Aderência à atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama**. 2001. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

_____. et al. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 494-502, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2008.

SANT’ANNA, D. B. de. É possível realizar uma história do corpo? In: SOARES, Carmem Lúcia. **Corpo e história**. Campinas, SP: Autores Associados, 2001.

SCAVONE, L. **Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 5, n. 8, fev. 2001. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832001000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 julh. 2009.

SCHMITT-PANTEL, P. “A criação da mulher”: um ardil para a história das mulheres? In: MATOS, M. I. S. de; SOIHET, R. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003.

SILVA, H. M. S. *et al.* Considerações sobre as doenças da mama. In: BARACHO, Elza. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia** – Aspectos de Ginecologia e Neonatologia. 3ª Edição. São Paulo, Editora Medsi, 2003.

SILVA, L. C. da. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 13, n. 2, June 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Dez. 2008. doi: 10.1590/S1413-73722008000200005.

SILVA, T. D. da. A catraca, o pedestal e a praça: no espaço urbano, entre a realização do sentido artístico e a mídia. In: **Rua** – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da Unicamp. Campinas: Nudecri, n. 12, mar., 2006.

SONTAG, S. **Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

SPINOLA, A. V; MANZZO, I. S. de; ROCHA, C. M. da. As relações entre exercício físico e atividade física e o câncer. **Revista ConScienciae Saúde**, São Paulo. v. 6, n. 1, p. 39-48, 2007.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. **Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e contexto institucional**. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 18, p. 63-70, 2006.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

2ª Via



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº025/2009

Protocolo CEP-UFJF: 1670.014.2009 **FR:** 245600 **CAAE:** 0013.0.180.000-09

Projeto de Pesquisa: "Entre silêncios, sussurros e gritos: o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama

Versão do Protocolo e Data: 1ª 04/03/2009

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Fernanda de Souza Cardoso

TCLE: 1ª 04/03/2009

Pesquisadores Participantes: Profª. Dra Eliana Lúcia Ferreira

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** Partindo da hipótese que a atividade física auxilia na melhora das condições físicas das pessoas de um modo geral, este estudo pretende analisar o corpo feminino atravessado pelo câncer e o significado da mesma no processo de reinserção social de mulheres acometidas pelo câncer de mama.
Comentário: Os argumentos apresentados justificam a realização do estudo.

Objetivo(s) Compreender o significado da atividade física no processo de reinserção social da mulher acometida pelo câncer de mama.

Comentário: Os objetivos são coerentes com justificativa.

Metodologia: Este estudo se caracteriza como uma pesquisa empírica, utilizando procedimentos qualitativos e quantitativos construídos a partir de dois suportes teóricos:

A pesquisa qualitativa – utilizando procedimentos da análise de discurso e a pesquisa quantitativa - utilizando procedimentos da survey analítico (instrumentos estatísticos).

Comentário: a metodologia esta adequada.

- **Revisão e referências:** Citadas adequadamente e atualizadas
- **Características da população a estudar:** aproximadamente 20 mulheres acometidas pelo câncer de mama, de idade entre 35 e 80 anos. Serão observados os seguintes critérios de inclusão para participação nesta pesquisa: mulheres atendidas pelo Projeto Vida Presente, diagnosticadas com câncer de mama, em processo de tratamento que sofreram intervenção cirúrgica e que aceitem participar deste estudo.
Comentário: a população a ser estuda esta adequada ao estudo proposto.
- **Orçamento:** a pesquisadora se compromete a financiar as despesas.
- **Qualificação do pesquisador:** satisfatória

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: bem elaborado, em linguagem clara e precisa de acordo com a resolução CNS 196/96.

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado

Juiz de Fora, 31 de março de 2009

Prof. Dr.ª Ieda Maria Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2009

ASS: _____

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
CONFORME CAPÍTULO IV DA RESOLUÇÃO Nº. 196 DE 10 DE OUTUBRO 1996
DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Comitê de Ética e Pesquisa – UFJF

PESQUISA: Entre silêncios, sussurros e gritos: o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama

Orientadora da Pesquisa: Profa. Dra. Eliana Lúcia Ferreira

Pesquisadora Responsável: Fernanda de Souza Cardoso

Endereço: Rua São Tomé, nº 45, Todos os Santos – Cep: 39400-122. Montes Claros – MG.

E-mail: nandascard@yahoo.com.br

Telefones de contato do pesquisador: (38) 84055333

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Pró-reitoria de Pesquisa (Pró- Pesq)

Campus Universitário, s/ nº – Martelos – Cep: 36036-330. Juiz de Fora – MG. Tel: (32) 3229- 3788

2. Informações ao participante:

Nome: _____ RG _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como objetivo compreender o significado da atividade física no processo de reinserção social da mulher acometida pelo câncer de mama.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações abaixo.

1. Você poderá se recusar a participar da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que porventura lhe causar algum constrangimento.
2. A sua participação como voluntária não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto em qualquer momento sem prejuízo.
3. A sua participação na pesquisa implica em riscos mínimos de acordo com a resolução 196.
4. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e os resultados da pesquisa estarão a sua disposição quando finalizada.
5. Serão garantidos o sigilo e privacidade, sendo reservado o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-la. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.
6. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.
7. O TLCE será impresso em 2 vias, uma delas sob a responsabilidade da pesquisadora e a outra sob a guarda do participante do estudo.
8. Qualquer situação referente e subsequente à pesquisa que onere moral ou financeiramente o participante será indenizado pela pesquisadora responsável.

Confirmo ter conhecimento do conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu consentimento.

Montes Claros, _____ de _____ de 200_____

Participante: _____

Pesquisadora: _____

APÊNDICES

APÊNDICE A ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Pesquisa: Entre silêncios, sussurros e gritos: o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama

Pesquisador responsável: Fernanda de Souza Cardoso

Dados pessoais:

Iniciais do nome: _____		
Idade: _____ Anos	Cidade: _____	Bairro: _____
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Analfabeto		
<input type="checkbox"/> Ensino Fundamental:	<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Médio:	<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo
<input type="checkbox"/> Ensino Superior:	<input type="checkbox"/> Incompleto	<input type="checkbox"/> Completo
Curso: _____		
<input type="checkbox"/> Pós-Graduação		
Profissão: _____		
Renda Familiar Mensal:		
<input type="checkbox"/> até 500 reais <input type="checkbox"/> 501 a 1.000 reais <input type="checkbox"/> 1.000 a 2.000reais		
<input type="checkbox"/> 2001a 5.000 reais <input type="checkbox"/> superior a 5.001 reais		
Quantas pessoas vivem com esta renda? _____		
Seu atendimento de saúde é por: () Plano de Saúde () SUS		
Tipo de câncer que foi acometida: _____		
Ano de descoberta do câncer: _____		
Tratamento realizado: _____		
Tipo de cirurgia a qual se submeteu: _____		
Período do tratamento: _____		

QUESTÕES ABERTAS:

- 1) O que significa a vida para você?
- 2) Quais são as principais mudanças que ocorreram na sua vida, após o seu tratamento de câncer, em relação:
 - a) Família
 - b) Trabalho
 - c) Saúde
 - d) Atividade física
 - e) Convívio social
 - f) Religião
 - g) Outros
- 3) Você consegue lembrar o que sentiu quando foi informada que tinha um câncer de mama?
- 4) Após o seu diagnóstico, o que mudou na sua vida?
- 5) O que significou o câncer em sua vida?
- 6) Como você se inseriu no Projeto Vida Presente?
- 7) Você apontaria alguma mudança relevante após sua integração ao projeto?
- 8) As práticas corporais oferecidas pelo Projeto auxiliaram você no processo de tratamento?
- 9) Antes do diagnóstico de câncer, você fazia alguma atividade física? Qual?

APÊNDICE B
ENTREVISTAS