

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Patrícia Lima de Almeida

**A feminilidade atravessada pela doença:
A imagem corporal da mulher com câncer de mama**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**SÃO PAULO
2009**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Patrícia Lima de Almeida

**A feminilidade atravessada pela doença:
A imagem corporal da mulher com câncer de mama**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**Dissertação apresentada à
Banca Examinadora como
exigência parcial para obtenção
do Título de Mestra em
Psicologia Clínica pela Pontifícia
Universidade Católica de São
Paulo, sob orientação da Prof^a.
Dr^a. Edna Maria Peters Kahhale.**

**SÃO PAULO
2009**

Banca Examinadora

Ao "Imperador" de minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu pai, pois foi por quem estive e porque estou concluindo o mestrado.

À minha professora orientadora, Edna Maria Peters Kahhale, pela competência com que me orientou e apoiou.

Aos meus amigos companheiros de sala, especialmente Perisson Dantas, e, sobretudo, de orientação, Adriana, Elisa, Mariza e Maura.

Às minhas companheiras e “irmãs” de moradia Amanda Serrão e Wendy Monteiro que me inspiraram com discussões teóricas.

À um amigo muito especial Yuji Onhishi, por ser meu “herói” nas intercorrências com o computador.

RESUMO

O câncer de mama representa um número de morbidade significativo. A mastectomia é considerada a principal forma de afetação da imagem corporal. Considerando que a doença afeta a imagem corporal para além da perda derivada da cirurgia, e que as alterações no esquema corporal afetam a feminilidade, investigou-se como a imagem corporal da mulher foi afetada pelo tratamento de câncer de mama e as repercussões das alterações do esquema corporal na sua feminilidade. A partir da ilustração de um caso clínico, utilizando-se como instrumentos de coleta de dados, escalas de Imagem corporal, entrevistas em profundidade e a aplicação de um Desenho-estória, obteve-se como resultado que a percepção do esquema corporal alterado não implica necessariamente numa desconfiguração da imagem corporal, desde que esta seja estruturada e coerente; e que a feminilidade pode manter-se quando a concepção de mulher transcende a questão anatômica e ainda, confere a capacidade de redimensionar os papéis sociais do gênero feminino. Notou-se que a feminilidade pode ser favorecida e/ou resgatada, através da utilização de recursos criativos, ofertados pela cultura. Verificou-se ainda, a integração psíquica do caso estudado, em função da capacidade de elaboração das seqüelas e conseqüências de toda a propedêutica do câncer, além do processo de envelhecimento, que decorrida durante o tratamento. Ambos, doença e envelhecimento, são períodos que conferem reconfigurações da imagem corporal. Concluiu-se que o tratamento de câncer representa uma fonte de dor e sofrimento por afetar, dentre outros, o corpo (esquema e imagem corporal), a posição de mulher e a feminilidade, a partir de todos os métodos de tratamento da doença (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia), com peculiaridades. A reunião de dados e informações possibilitados pelo estudo contribui para as pesquisas sobre tratamento de câncer, imagem corporal e feminilidade e ainda, no processo de atendimento e tratamento psicológico de mulheres que sofrem alterações no seu esquema corporal, independente de ser câncer ou câncer de mama, mas qualquer doença em que a alternativa seja uma mudança no esquema corporal e que atravesse a feminilidade da mulher.

Palavras-chave: esquema e imagem corporal, feminilidade, câncer de mama e tratamento.

ABSTRACT

Breast cancer renders a number of morbidity significant. Mastectomy is considered the principal form of affectation of the image body. Whereas the disease affected the image body and that the alterations into the scheme body affect the femininity, investigating - if how the snapshot body from woman was affected at cancer treatment of breast and the repercussions from the alterations of the scheme body in its femininity. By using the illustration by one wed clinical, The instruments of collection of information was, scales of Image body, depth interviews and the application by one draw - stoic. Result, the perception of the scheme body changed no implicating necessarily on a (re)configuration of the image body, provided that may be structure and coherent; and that the femininity can be maintain, when the design of woman transcends the question anatomical and confers the ability to used many the social's class female. Femininity may be favored or retrieves via the utilization of resources creative, offer by culture. Wed studied presented integration psychic because the capacity of elaboration from results of all the treatment of the cancer, beyond of aging, what current during the treatment. Both, disease and aging are periods what they confer (re)configuration of the image body. Finally, the treatment of cancer renders a font of pain and suffering for to affect the body (scheme and image body), the standpoint of woman & the femininity because all of the methods of treatment from disease (surgery, chemotherapy, radiotherapy and hormoniotherapy), with peculiarity. The meeting of data and information of study contributory about to the searches about cancer treatment, image body and femininity, and for to attending and treatment psychological of women what suffers alterations in its scheme body, independent of being cancer or breast cancer, but any disease what the alternation may be modification into the scheme body or that crossed the femininity from woman.

Key-words: scheme and image body, femininity, breast cancer and treatment.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
OBJETIVOS	16
O “CORPO” PSICANALITICO	17
O CANCER DE MAMA	29
A IMAGEM CORPORAL	48
SOBRE O FEMININO E A FEMINILIDADE	65
METODOLOGIA	80
RESULTADOS	88
ANÁLISE DE DADOS	92
DISCUSSÃO.....	119
CONCLUSÃO	139
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147

ANEXOS

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo II: Escala de Imagem Corporal BIS

Anexo III: Questionário de Atitude Corporal BAQ

Anexo VI: Roteiro de Entrevista semi-estruturada

INTRODUÇÃO

Atualmente a **imagem corporal** é um tema de interesse de profissionais que atuam em diversas áreas, podendo inclusive ter definições ou enfoques distintos. Quando entendida como o núcleo central da subjetividade humana, o campo de estudo profissional começa a ser delimitado, tornando-se um objeto de estudo primoroso para o campo da saúde.

De acordo com Sousa (2007) a imagem corporal tem aspectos conscientes e inconscientes. Seu desenvolvimento se dá paralelamente a formação da consciência, da diferenciação egóica e do processo de simbolização. Por isso a imagem corporal é o centro da subjetividade. É construída de um modo diferente, conforme o processamento de estímulos advindos de informações e imagens visualizadas no social e na cultura contemporânea (VAYER 1973; DOLTO, 2002).

Considerando que imagem e esquema corporais são estruturas psíquicas, a agressão, ressecção ou disfunções de uma parte do corpo implica em uma modificação nessa estrutura, não só real e funcional, mas também nas dimensões social, cultural, pessoal e de ambiente (MELLO FILHO, 1992).

No momento de **doença**, a imagem corporal, a figuração do próprio corpo na mente, pode, devido a intervenções invasivas e procedimentos mutiladores, ficar significativamente comprometida (BRANDÃO, ARANHA, CHIBA, QUAYLE E LÚCIA, 2004).

O câncer (Ca) de mama é considerado grave na saúde pública. Implica em grandes investimentos em pesquisa, prevenção, diagnóstico precoce e tratamento (PINOTTI, FONSECA e BAGNOLI, 2005). No Brasil, além de ser o Ca que mais leva a óbito, de acordo com o Ministério da Saúde (MS), ele representa a terceira causa geral de morte, sendo o de maior incidência entre as mulheres (DUARTE e ANDRADE, 2001).

O tratamento de Ca de mama é considerado uma fonte de estresse, devido às transformações que pode ocasionar na vida da mulher e de seus familiares. Uma das vias de acesso para o reconhecimento da situação emocional da mulher com Ca de mama foi à descoberta do trauma psicológico

decorrente da cirurgia (MELLO FILHO, 1992; DUARTE e ANDRADE, 2003; BRANDÃO et al, 2004; AMORIM, 2006).

De acordo com Mello Filho (1992), o procedimento **cirúrgico** nessas mulheres possui um componente emocional superior às outras cirurgias, em virtude de suas conseqüências, ressecções e amputações. O autor justifica esta questão apontando três aspectos: a agressão à imagem e esquema corporal; os aspectos simbólicos da cirurgia e as sugestões terapêuticas.

De acordo com Brandão et al (2004) ao receber o **diagnóstico de Ca** a maioria das mulheres sente estar recebendo também sua sentença de morte, o que por si só, torna essencial a assistência psicológica, embora o prognóstico de Ca de mama esteja mudando em virtude dos avanços científicos de diagnóstico e tratamento (REGIS e SIMÕES, 2005).

Entretanto, a primeira preocupação da mulher ainda se concentra no temor de perder a vida. Mas, com a sobrevivência, em geral delatada pela resposta do organismo ao tratamento, a preocupação passa a ser com a **qualidade de vida** ou com o decurso de uma vida sem vitalidade, em virtude **das alterações do esquema e da imagem corporal** sofridas com o **tratamento** (DUARTE e ANDRADE, 2003; MORAES et al, 2006).

Tarricone (1992) descreve que as mulheres, diante da confirmação do diagnóstico, além do medo do Ca propriamente dito e da possível mutilação de um órgão de importantes representações como a mama, apresentam também um temor às **fases do tratamento oncológico**, pois o tratamento de Ca envolve muitos efeitos colaterais e provocam uma mudança significativa na aparência, e às vezes, na estrutura corporal. Segundo o autor, já há um registro inconsciente, às vezes já consciente, de que a mulher se submeterá a tratamentos que afetarão seu corpo e sua imagem no que confere a si mesma e a sociedade.

De forma que a qualidade de vida durante o tratamento de **radio, quimioterapia e hormonioterapia** fica comprometida, somado a ameaça de morte, em função do estigma do Ca, da perda de um órgão carregado de simbolismo (mama), além de outras alterações significativas, tais como: queda de cabelo (alopecia) e pêlos do corpo, aparência da pele, enfraquecimento e

escurecimento de unhas, ganho de peso, etc., além de mal-estar de diversas ordens.

No caso específico do Ca de mama, além de todas essas mudanças no esquema corporal, essas alterações ainda podem ser acompanhadas de uma possível perda da mama (**mastectomia**), ou de uma pequena alteração cirúrgica, caso seja uma **quadrantectomia**, sendo também provável um esvaziamento axilar, procedimento que provoca grande impacto no processo de mobilização do braço e que, atualmente, tem sido feito como uma alternativa de prevenção contra a metástase axilar (ROSENDO, 2007).

Portanto, medo da morte, da desfiguração e da perda de atividade sexual permanece nas mulheres devido aos ataques às suas estruturas físicas, psicológicas e sociais, não só pela doença, mas pelo seu tratamento: cirurgia (amputação da mama, mastectomia, quadrantectomia), quimioterápica, radioterápica e hormonioterapia (BRANDÃO et al, 2004; REGIS e SIMÕES, 2005).

Assim, este tipo de Ca suscita, além do medo da morte, a mutilação da mama, que possui uma representação simbólica da feminilidade, sexualidade, erotismo e maternidade (MELLO FILHO, 1992; TARRICONE, 1992; DUARTE e ANDRADE, 2003; BRANDÃO et al, 2004; REGIS e SIMÕES, 2005; AMORIM, 2006). De forma que a **mama** é um órgão que exemplifica bem o que se determina como **atributo da feminilidade**, pois ela transcende a questão biológica, anatômica e física. Embora, contemple também, um papel importante na postura do equilíbrio corporal. Isto é, a vivência dessa perda atingi o esquema corporal, imagem corporal da mulher e sua feminilidade (AMORIM, 2006).

Então, a mama não só é um atributo do sexo feminino, mas assume, na nossa sociedade, um atributo da feminilidade, porque a ela é concedido um poder de sensualidade próprio do gênero, isto é, carrega consigo representações e simbolismos sócio-culturais da feminilidade. A partir dessas considerações é que se configura a mama, como um atributo da feminilidade, além de feminino. Contudo, o Ca é uma doença que afeta muitos **outros atributos da feminilidade**, pouco enfocados pelas pesquisas, embora evidentes e concretos.

Para Pinto e Martins (2006), o Ca de mama está associado à perda do papel feminino e de indivíduo. Ele ocasiona o medo de ser menos feminina, em função da perda de atributos da feminilidade, que não se restringe a mama e de ser mulher, em função do abalo dos papéis típicos do gênero, uma vez que o tratamento do Ca produz uma afetação no corpo que desencadeia, tanto alterações objetivas (perda de um órgão/esquema corporal), como subjetivas, como um “rompimento” na imagem corporal configurada.

Esta ruptura ou modificação no corpo pode trazer graves transtornos psicológicos e de desadaptação que são vivenciados como verdadeiros lutos, exigindo desta forma, uma reorganização na capacidade de adaptação física e emocional da mulher, envolvendo tanto exigências sócio-culturais, como pessoais.(MELLO FILHO, 1992).

Considerando que na atualidade, a sociedade a cada dia estabelece **padrões de “beleza”** mais restritos, e as mulheres lutam por alcançá-los, pois estes recaem, sobretudo sobre o sexo feminino, isso significa que, ao serem acometidas pelo Ca de mama, além do forte impacto proporcionado pelo diagnóstico, essas mulheres ainda necessitam enfrentar grandes mudanças corporais, as quais impossibilitam o alcance do corpo feminino desejado e propalado pela mídia (PINTO e MARTINS, 2006).

Então, as alterações decorrentes da doença referem-se na verdade, as do tratamento e de suas seqüelas, e não do Ca propriamente dito. A mulher com Ca de mama em tratamento tem um “corte” objetivo no seu “corpo”, portanto a transformação no esquema corporal é um fato. Porém, a mudança no esquema corporal pode ou não, suscitar uma mudança na imagem corporal, isto é, algumas assimilam essa mudança, re-configurando a imagem corporal, outras não conseguem essa nova introjeção, mesmo depois do processo de tratamento ter acabado.

Assim, o tratamento a que a maioria das mulheres com Ca de mama é submetida e os seus efeitos colaterais ou conseqüências, comprometem as mulheres física, emocional e socialmente. A mutilação (perda total ou parcial da mama), bem como as outras perdas e/ou transformações físicas, favorecem o surgimento de muitas questões na vida delas, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Como ela percebe e lida com essa nova

imagem e como isso afeta a sua existência, apresentam-se como forma de inquietações aos profissionais que se propõem prestar uma assistência integral (FERREIRA e MAMEDE, 2003; ZECHIN, 2004).

Contudo, a literatura sobre mulheres com Ca de mama vem abordando a imagem corporal relacionada somente a fatores como a percepção do corpo com relação à mutilação (mastectomia), o membro fantasma, sentimentos provocados pela idéia e concretude da mastectomia e as implicações que esses aspectos têm causado na vida dessas mulheres, sobretudo no âmbito social, amoroso, sexual e profissional.

Em geral, os enfoques dos trabalhos se restringem a mastectomia e deixam de levar em consideração as outras alterações corporais inseridas no campo da feminilidade e que acarretam sofrimento pela afetação que causam na configuração da imagem corporal feminina. Embora se encontre pesquisas que abordam a alopecia (DUARTE e ANDRADE, 2003) como exercendo um papel de desconfiguração da imagem corporal, sua importância parece pouco relevada quando comparada ao procedimento cirúrgico.

Assim, considerando as implicações do tratamento que podem produzir na mulher emoções e sentimentos de inadaptação à sua imagem corporal e, conseqüentemente, alterações na sua vida conjugal, familiar e social (CHIOZZA 1987; AMORIM, 2006), determinou-se como foco de estudo o efeito do tratamento como um todo, considerando ainda que independente do órgão, a amputação de qualquer parte externa ou mesmo interna do corpo é traumática, podendo produzir mudança radical na aparência (BARBOSA, 1989).

A gravidade da mastectomia para a mulher é tão enfática que o estudo de técnicas para que se possa preservar a mama é freqüente e progressor, sempre visando melhores resultados estéticos e preservando a seguridade oncológica, com o objetivo de ocasionar menores conseqüências traumáticas à mulher (MORENO, ALMONACID e SIERRA, 2003). Porém, os quadros de angústia diante do Ca de mama e da reação depressiva do pós-operatório são permanentes (MELLO FILHO, 1992).

De forma que atualmente, o procedimento cirúrgico para o tratamento do Ca de mama é cada vez menos invasivo e as reconstituições mamárias são cada vez mais freqüentes, dada a importância da perda deste órgão, convém

considerar que outras perdas apresentam implicações quanto à imagem corporal e da feminilidade da mulher.

Considerando que muitas pesquisas referem que a alteração da imagem corporal da mulher com Ca de mama, está estritamente relacionada à mastectomia e que poucas abordam o sofrimento da doença em virtude das conseqüências da quimioterapia, da radioterapia e da hormonioterapia, mesmo que envolvam alterações ou agressões a essa imagem no que diz respeito à feminilidade, este trabalho visou se deter nas alterações, vistas como agressão, a imagem e esquema corporal provocadas por todos os métodos de tratamento da mulher com Ca de mama. A partir da concepção de que as modificações no esquema corporal dessas mulheres pareceram está intimamente relacionada a uma afetação da imagem corporal vinculada a “ser feminina”.

Concebeu-se que a feminilidade da mulher é afetada sob diversos ângulos, desde o seu poder de sensualidade, com a perda de atributos femininos (perdas e transformações do esquema corporal); através da cirurgia e dos tratamentos desconfiguradores, como o poder de sexualidade, pela medicação (com a alteração da satisfação sexual); até a execução de papéis qualificados no seu inconsciente como sendo de mulher, em função da dor e limitação dos movimentos (com a impossibilidade de exercer certas atividades).

Com a proposta de revelar os aspectos que envolvem o atravessamento da doença, Ca de mama na imagem corporal e na feminilidade, optou-se pelo estudo da mulher com Ca, especificamente o mamário, pois o interesse deste trabalho está concentrado no impacto dessas alterações no gênero feminino. Em detrimento disso, a escolha foi pela patologia oncológica, mais especificamente o Ca mama, por, além de envolver perdas que não são específicas de quem faz tratamento de Ca de mama, atingir um órgão do porte de grandes significações femininas, e ainda, ser uma das patologias oncológicas que mais acomete o gênero feminino (ZECCHIN, 2004).

Determinou-se como objetivo da pesquisa estudar sobre a concepção da imagem corporal aliada a feminilidade, questionando-se sobre “*Como o tratamento do Ca de mama afeta a imagem corporal da mulher*”. Essa

investigação visou verificar como a imagem da mulher acometida com a doença foi afetada pela propedêutica da enfermidade, isto é, frente às conseqüências decorrentes do tratamento, entre elas, o diagnóstico, a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonioterapia. Enfim, o objeto de estudo foi a *imagem corporal* relacionada à *feminilidade* quando atravessada por uma doença e seu tratamento. Estes são os focos principais desta pesquisa, que embora distintos, estarão sempre interligados neste contexto.

Neste trabalho, a imagem corporal foi entendida como uma representação psíquica que trata do modo como a mulher se vê, incluindo para essa configuração, o seu esquema corporal (noção de corpo, altura, membros, mama, por exemplo, entre outros), somado a idéia do que essa noção significa para a própria mulher, e que está intimamente atrelada ao seu inconsciente, isto é, o que representa para si sua estrutura corporal, e se esta é coerente e/ou positiva, ou seus contrários.

À medida que a proposta do estudo envolvia a feminilidade, estudar a imagem corporal feminina, referiu-se investigar também como a mulher se vê como uma mulher feminina, isto é, para além dos parâmetros biológicos que determinam seu sexo¹. Significou estudar que atributos da feminilidade estavam expostos no imaginário da mulher e que foram agredidos com o tratamento da doença em questão, e, principalmente, a repercussão disso na sua vida.

Portanto, este estudo tratou-se de um trabalho de escuta e de observação da dinâmica de um corpo feminino, que foi afetado em todos os sentidos, mas, sobretudo, ao que se estabelece como características femininas.

Tomando como objeto de estudo a investigação da imagem corporal e a feminilidade, procurou-se percorrer alguns conceitos importantes da metapsicologia² com o objetivo de demonstrar, a partir da ilustração de um caso clínico, a elaboração de um estudo teórico com base na teoria freudiana,

¹ Essas questões são esmiuçadas no capítulo 4 (quatro) "Sobre o feminino e a feminilidade".

² Este termo foi utilizado por Freud (1915) para referir-se a uma nova psicologia situada para além do consciente. Foi ainda definido como o estudo das suposições onde se desenvolvem os termos conceituais da teoria psicanalítica.

agregado as novas possibilidades de pensar a questão do corpo e da feminilidade.

Com isso, este trabalho resultou de uma análise conceitual a partir de um caso clínico sobre a imagem corporal feminina. Considerando que o objetivo do trabalho foi abordar a imagem corporal feminina, não houve como deixar de abordar questões relativas ao conceito de *corpo* (primeiro capítulo) e sua constituição, sob a ótica da psicanálise, e as fronteiras *psicossomáticas* (segundo capítulo), pois se tratou de um estudo do corpo feminino atravessado pela doença³.

Em função disso, os dois primeiros capítulos estão configurados para se pensar sobre as concepções do corpo, saúde e doença, considerando o papel materno ou da figura materna, tanto para a formação da noção de corpo (limite e percepção corporal), como da economia psicossomática, para enfim, tratar da *imagem corporal* (terceiro capítulo), também vinculada à relação materna, como aquela que detém o potencial de auxiliar na configuração da imagem corporal. E, uma vez que a proposta do estudo se restringe ao gênero feminino, aborda-se também a *femilidade* (quarto capítulo), e especificamente, a mama como um órgão de representação do feminino, além de outros atributos femininos do corpo, perpetuados pela história e pela cultura ocidental. Durante todo o curso do trabalho estão inclusas pesquisas bibliográficas de trabalhos empíricos e teóricos com mulheres de Ca de mama.

Para finalizar, a metodologia da pesquisa e os resultados, incluindo a descrição do caso clínico, junto à análise de dados e a discussão, até a conclusão.

³ Neste capítulo encontram-se breves considerações sobre o tratamento do Ca de mama.

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Investigar como a imagem corporal da mulher foi afetada pelo tratamento (propedêutica) do Ca de mama.

Objetivos específicos:

- 1- Verificar as alterações da imagem corporal da mulher afetada com o tratamento de Ca de mama, no que diz respeito aos atributos femininos sócio-culturais.
- 2- Investigar como a mulher enfrenta e trabalha as questões da femilidade afetadas com o tratamento do Ca de mama; e
- 3- Levantar os indicadores de aceitação e de não aceitação da imagem do corpo feminino ao longo do tratamento do Ca de mama.

O “CORPO” PSICANALITICO

Em termos de publicações psicanalíticas observa-se uma avalanche de trabalhos abordando direta ou indiretamente as questões corporais, assim como se constata na clínica, um aumento considerável de demandas de análise que passam pela problemática corporal. Neste capítulo proponho a discussão a respeito do conceito “corpo”, a partir do referencial psicanalítico, para então se discutir sobre a mesma ótica, a psicossomática, a imagem corporal e a feminilidade.

Segundo Fernandes (2003), o corpo é o “palco” da cena de sofrimento, frustração, insatisfação e impedimento à potência-fálico-narcísica. Ele é um meio de satisfação pulsional, tanto quanto de dor e sofrimento.

Considerando o corpo, tal como Fernandes (2003) o faz, uma fonte de manifestação da “dor e do sofrimento”, o objetivo de discutir a concepção do corpo antes de imagem corporal, é facilitar a compreensão de que, a dor proveniente da imagem corporal de um sujeito doente, transcende o nível estrutural do corpo biológico, ou seja, do físico, mas está vinculado ao olhar do outro, do social, da cultura contemporânea e de si mesmo, trata-se de um sofrimento. A “dor” de um corpo enfermo, manifestada por um sujeito, é, além de tudo, pulsional, por isso transforma-se em “sofrimento”. Ambos atingem o corpo, sendo que o primeiro refere muito mais a uma constituição originária da dimensão biológica, mas que reflete no psiquismo, e o segundo, de gênese psíquica, mas que obviamente atinge o corpo, por na verdade, soma e psique serem inseparáveis.

Em Psicanálise o conceito de corpo não se confunde com o organismo biológico, mas como um lugar de inscrição do psíquico e do somático: *“as funções corporais constituem a matéria-prima das representações psíquicas”* (AULAGNIER, 1975, p. 49).

Portanto, o **corpo “freudiano”** não é o biológico, nem o somático, mas também não é o **corpo sexualizado** ou imaginado. Existe um corpo pulsional, perceptivo, expressivo, um corpo-psique que estrutura o mundo ao percebê-lo e que solicita a geração de sentidos de inscrição carnal, isto é, simetricamente dotadas de corpo. O sujeito da psicanálise não se reduz a idéia

de que tem um corpo: ele é um corpo, vários corpos, biológico, filosófico, histórico, estético, religioso, social, antropológico, e claro, psicanalítico, representados em campos diferentes, mas entrelaçados (WINTER, 1997; FERNANDES, 2003; ZECCHIN, 2004).

Na construção teórica freudiana, o corpo é o palco onde se desenrola a complexa trama das relações entre o psíquico e o somático, ou, dito de outro modo, o conjunto das funções orgânicas em movimento que habita um corpo, atravessado pela pulsão e pela linguagem, constituída pela alteridade. É também o lugar da realização de um desejo inconsciente (FERNANDES, 2003, p. 116).

O corpo da psicanálise refere-se a um lugar habitado pela linguagem do desejo (TEIXEIRA, 2001; FERNANDES, 2003; ARICÓ, 2007). Uma linguagem carregada de símbolos, de imagens e de afetos. O corpo é um recorte da linguagem *“investido eroticamente pelo Outro, que cunha nele sua inscrição sexual”* (MAURANO, 1995, p. 162).

Nasce a necessidade, nasce o animal

Sobre o paralelismo psicofísico (corpo biológico e o corpo/sujeito), Zecchin (2004), fala que como organismo há uma ordem biológica, porém, como corpo, a ordem é sexual. De forma que o ponto de ligação entre o somático e o psíquico é o sexual. O que indica que uma ordem de experiência emocional se expressa numa experiência corporal.

A **função sexual** do sujeito é a única, entre as diversas funções biológicas, em que a realização funcional no organismo depende de uma passagem pelo registro da representação psíquica. É a via possível de se investigar o percurso do registro corporal para o psíquico, pois é onde se encontra a singularidade do organismo humano no plano biológico. Ou seja, a questão das relações entre o corpo biológico e corpo representado abre a via metodológica para constituir o conceito de pulsão⁴ (BIRMAN, 1991).

Freud (1915c) define a **pulsão** como um conceito limite entre o psíquico e o somático, tendo sua origem no interior do organismo, agindo como uma força constante a qual não se pode escapar. A pulsão seria o

⁴ A terminologia pulsão aparece pela primeira vez como conceito no texto *“Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”* (1905). Nesse texto, Freud refere o termo “pulsão sexual”.

representante psíquico das excitações que se originam no interior do corpo e chegam ao psíquico como uma medida de exigência de trabalho que é imposta ao psíquico em consequência de sua ligação com o corporal. O corpo é assim, habitado pelas pulsões: *“Verdadeira força-motriz do comportamento humano”* (VOLICH, 2000, p. 72).

Portanto, o conceito de pulsão é aquele que integra e refere que as manifestações do ser humano perpassam em todos os sentidos tanto pela via orgânica, como a psíquica.

Para Winter (1997), a consequência de sermos sujeitos pulsionais é que o mundo das idéias e dos desejos pode ganhar supremacia sobre o sistema fisiológico, e o instinto passa a concorrer, e muitas vezes perder, para a pulsão, *“o homem perverte a organização biológica”* (p. 27). Portanto, o corpo é ao mesmo tempo, fonte de pulsão e lugar ou meio de satisfação pulsional. Dele surgem o erotismo e as fantasias, as perversões e as doenças, tudo resultado da supremacia do desejo sobre as funções fisiológicas na busca pelo prazer. Lacan (1979) diria que ter um corpo, ou ter consciência dele, é fazer algo com ele ou dele, para um uso gozoso. Esta é a tirania do corpo!

[existe um] substrato somático da fonte pulsional, e a possibilidade que ela encontre satisfação não apenas ao nível da experiência corporal, mas também por meio da experiência psíquica. A dimensão pulsional, representa, portanto, a possibilidade de superação e de transcendência da ordem biológica para outros níveis de experiência específicos e constitutivos da espécie humana (VOLICH, 2000, p. 72).

De forma que é possível considerar que através do corpo a psique se expressa somaticamente, do mesmo modo que o soma ou a vida biológica se expressa psiquicamente. Por isso o corpo da Psicanálise, seria um corpo pulsional, como diria Freud (1905b, p. 159), na *“fronteira entre o soma e a psique”*.

Fernandes (2003) acrescenta que a ligação do psíquico com o corporal exige um trabalho, um custo psíquico. O elemento encarregado desta tarefa é o **ego**, pois é a estrutura do aparelho psíquico capaz de ligar psiquicamente as quantidades de excitação que penetram para em seguida, liquidá-las. Ele é o pólo psíquico que recebe as excitações internas e externas, portanto, o ego é corporal à medida que é o responsável pela relação entre

percepção e realidade, *“por isso é a estância mental que controla as abordagens a motilidade”* (FREUD, 1923, p. 64).

Com o objetivo de construir a representação do corpo em geral, a consciência do próprio corpo é a finalidade do ego (FEDIDA, 1997). Assim, o ego detém a capacidade de percepção da realidade, aquela que organiza as exigências do mundo interno (id) e externo (superego). Freud (1923) explica que a superfície corporal, a pele e o tato têm dois estatutos: o orgânico, que tem a função protetora do corpo, e a imaginária, que produz sensações internas equivalentes as percepções externas. Ele sugere que através da dor ou de alguma doença dolorosa, ou qualquer sensação que marque o corpo de alguma forma (frustração, desapontamento, perda ou luto), forma-se a idéia do próprio corpo, uma vez que conscientemente, não se tem noção de que possuímos um rim, um fígado ou um estômago, (a não ser por conhecimento técnico) até que se sinta dor. A mensagem para urinar é um exemplo disso, pode não estar relacionada a uma dor, mas é relativa ao incomodo corporal.

Assim, de acordo com Freud (1900), a atenção às sensações viscerais só é fornecida quando elas assim solicitam, quando, por exemplo, se adocece. É a partir da vivência de um funcionamento excessivo ou deficiente que a noção de corpo se forma, ou seja, o registro no corpo é soberano!

Zecchin (2004) confirma a idéia de Freud acrescentando que a vivência no corpo é soberana em relação ao discurso do médico e do diagnóstico, pois seu trabalho clínico permitiu concluir que a experiência das mulheres com Ca de mama é vivida através do corpo da seguinte forma: o diagnóstico fechado pelo médico (percepção via sentido da audição) não provocava reações ou manifestações intensas até que elas vivenciem uma alteração corporal física (percepção via sentido tátil). Isto é, só foi possível perceber as reações do corpo após a cirurgia, quando uma marca no corpo físico era escrita. De forma que o registro no corpo tem efetivamente o poder de instaurar uma marca e que as experiências emocionais de cada um, seguramente, estão registradas no corpo.

A autora ainda acrescenta, as experiências emocionais mais importantes da vida são referidas em metáforas sensoriais, pois um afeto nunca é puramente psíquico nem puramente somático: *“tremi de medo, fui*

esmagada pela tristeza, sobrecarregada de cuidados, sufocada de raiva...” etc. Esse registro está na memória corporal que inclui ainda vozes, cheiro, tato, calor corporal... Assim como as manifestações emocionais também podem ser expressas com rubor fácil, expressões de indignação, de dor, de preocupação, de raiva, de choro e outros.

Então, a partir do registro da incisão cirúrgica e/ou da mutilação, é que surgem através das falas das mulheres questões relacionadas ao sofrimento, a perdas vividas no passado, não somente no que diz respeito às dores, aos cortes e a perda mutiladora. Mas em geral, é o ato cirúrgico que marca o corpo e o si mesmo do sujeito.

Entretanto, o corpo também pode ser marcado por qualquer outro procedimento que o atinja e altere o esquema corporal, como por exemplo, sessões de quimioterapia, de radio e/ou os próprios medicamentos necessários ao tratamento (ZECCHIN, 2004).

Para Freud (1923) então, a dor é o informante do ego e da existência de um corpo de múltiplos órgãos (representação interna do corpo). A dor é a maneira como se chega à representação do próprio corpo. Assim, é no corpo somático que a doença se expressa, mas é apenas a partir do momento em que ela convoca o corpo em todas as suas dimensões que se pode falar de experiência, uma vez que se amplia o campo: *“O médico, portanto, nomeia um corpo doente sem que a paciente tenha qualquer referência no seu corpo que sinalize a doença, que lhe permita se reconhecer como doente e se sentir ameaçada de morte”* (ZECCHIN, 2004, p. 23). E assim se dá, até que ocorra a cirurgia ou qualquer mecanismo que atinja o corpo. Ao passo que mulheres que suspeitam da doença pelo auto-exame, assimilam a sinalização de um corpo doente mais facilmente.

Nasce o desejo, nasce o sujeito

A passagem da ordem do instinto para ordem da pulsão, e do funcionamento biológico para a organização erógena e subjetiva do sujeito, é marcada pelas primeiras experiências ligadas às necessidades (fome, sede, limpeza, calor, proteção), onde se apóiam e se estruturam as experiências de prazer (FREUD, 1905b).

Volich (2000) coloca que desde o início a dinâmica da necessidade-instinto/desejo-pulsão é modelado pelas relações do sujeito com outro ser humano. Esse desdobramento insere uma marca, a das primeiras experiências de frustração e satisfação das necessidades corporais do bebê.

O desamparo original do qual o bebê vem ao mundo acarreta uma dependência absoluta de um Outro (maternal) que garanta a satisfação de suas necessidades e sua própria sobrevivência física, lhe garantido as necessidades fisiológicas e emocionais, e suprindo-lhe as excitações psíquicas. De modo que o Outro estaria na origem de toda experiência humana.

Quando Freud acentua as três fases do desenvolvimento da libido (auto-erotismo, narcisismo e amor objetal), de acordo com Fernandes (2003), ele revela a existência de três momentos do corpo: de um corpo fragmentado, auto-erótico e narcísico. Em todos esses momentos, a participação de um Outro é preponderante. Em geral, esse Outro é a mãe, ou quem a substitua, pois é ela quem garante ao bebê a possibilidade de fazer leituras sobre o mundo através dos sons, odores, toques, paladar e imagens, sempre por meio dos sentidos.

No início da vida do bebê, são as sensações corporais que ocupam o primeiro plano. Aquelas sensações que causam desprazer vão constituir uma demanda e, quando o bebê chora, está, a sua maneira, exprimindo uma queixa. A mãe responde a esse apelo apaziguando as sensações corporais desagradáveis. Para que ela possa escutar o corpo do bebê e interpretar os sinais de um corpo que não pertence mais ao seu, ela precisa dar provas de uma capacidade de investir libidinalmente esse corpo. O trabalho de escuta e interpretação só é possível quando existe um investimento da mãe no corpo da criança. Ora, esse investimento supõe que ela é capaz de experimentar um prazer ao ter contato com o corpo da criança e de nomear as partes, as funções e as sensações desse corpo (FERNANDES, 2003, p. 89).

A passagem da quietude do meio intra-uterino para o exterior exige que o organismo do bebê responda a sensações, estímulos e necessidades com os quais nunca antes se deparara. Submetido constantemente a estímulos externos e internos, ele não conta mais com os mecanismos automáticos de regulação antes propiciados pelo organismo materno. No início, o recém-nascido não pode contar com quase nenhum recurso para proteger-se ou lidar com as excitações e as exigências, oriundas de um corpo e de fora dele. O

automatismo de suas funções vitais é insuficiente para este fim. Mais do que isso, essas mesmas funções passam também a exigir novas medidas para continuar garantindo a sobrevivência e o equilíbrio do organismo. Comer, respirar, regular a temperatura do corpo, proteger-se contra as ameaças de toda ordem passam a ser necessidades que não mais contam com o cordão umbilical ou com a placenta para serem efetuadas (VOLICH, 2000). Neste momento, nascem as sensações de um corpo fragmentado.

O bebê precisa contar com o desejo da mãe de protegê-lo e de atender suas demandas que partem primeiro do seu psiquismo (desejo) depois da sua habilidade motora (física). Então, o bebê primeiro lida com o automatismo do corpo físico da mãe (instinto), depois com a sua capacidade de brincar e fantasiar usando do seu corpo emocional (pulsão) para dá vida psíquica ao bebê.

As reações corporais do bebê são frutos do grau de excitação do qual ele é acometido. Seu excesso tende a desorganizar o aparelho funcional, podendo constituir, angústia ou doença. Para proteger-se, o ego pode desenvolver medidas particulares para diminuir o nível de tensão psíquica sentida como dolorosa. A experiência da satisfação é a única alternativa capaz de provocar a descarga da excitação acumulada. É esta satisfação que sinaliza que o desamparo pode ter solução (VOLICH, 2000).

O movimento de sucção com os lábios, por exemplo, é uma tentativa de autonomia do bebê com relação as suas necessidades corporais e aos objetos que podem satisfazê-lo. E é através desta lembrança de satisfação e da capacidade de reproduzi-la, que se estrutura a experiência auto-erótica.

Esses movimentos são autocalmantes. Constituem tentativas do Ego aplicadas a si mesmo, com fins de trazer a calma ao aparelho psíquico, ameaçado em sua integridade pelo excesso de excitação. Eles visam controlar essa excitação com procedimentos calmantes semelhantes aos da mãe com relação ao seu bebê (VOLICH, 2000).

Então, de início, o corpo é muito mais do outro, de quem o manipula e nomeia sua necessidade, do que de quem o está abrigando. Esta é uma questão fundamental da existência humana: *a existência é em primeiro lugar, confirmada pelo outro* (WINTER, 1997, p. 52). Quando este corpo é tomado

como próprio, autônomo, a capacidade de reconhecer os próprios desejos e impulsos se desenvolve, ocasionando um distanciamento dos desejos do outro, principalmente do materno, que outrora, eram os atendidos. O sujeito vai se apropriando paulatinamente da sua unidade física e subjetiva, o corpo.

Desde o nascimento, ao ser cuidada por sua mãe, a criança experimenta, simultaneamente a satisfação de suas necessidades, o prazer de ser desejada por ela, por meio de gestos, palavras, fantasias. Essas experiências promovem a erotização do corpo da criança, que, dessa forma, transcende gradativamente seus funcionamentos automáticos, determinados pela natureza, para alcançar novas experiências, que podem tanto conduzir ao prazer, como a angústia (VOLICH, 2000, p. 127-128).

Portanto, o investimento libidinal da mãe no bebê, não só assegura a conservação da sua vida, mas, concomitantemente, do prazer e da promoção da sexualidade deste, da constituição como sujeito.

O papel maternal de satisfazer o bebê promove a unificação do corpo, que no início é vivenciado como fragmentado (primeiro momento). O segundo momento (auto-erotismo) significa que o objeto maternal assegurou a satisfação das primeiras necessidades básicas, mas que este objeto foi perdido, por isso a auto-erotismo. O “Outro” é o investidor que transforma o corpo biológico em um corpo erógeno. A simbolização só é permitida a partir dessa transformação (corpo erógeno) – (FERNANDES, 2003).

No terceiro momento, narcísico, destaca-se a conclusão do sujeito de que este existe para além do desejo do outro (materno) e que, portanto, sua vivência deve ser marcada por um investimento nos outros de sua vida, além de um investimento em si mesmo (ROSA, RIBEIRO E MARKUNAS, 2002).

Transpondo esse arcabouço teórico para clínica, Zecchin (2004) afirma que o discurso das pacientes com Ca de mama, não contém queixas, pós-cirurgia, sobre a questão da dor, mas de sensações de fragmentação no e do corpo, como uma espécie de crise de identidade. Elas remetiam-se à idéia do “quem eu sou”, pois, como “eram”, “não ficaram mais”, e do como ficariam depois desta experiência. Isto é, a identidade refere-se à capacidade de se reconhecer, de se individualizar, de se diferenciar. Quando o bebê vivencia seu corpo como fragmentado, tal como as mulheres mutiladas, ele adentra em uma

crise de identidade, mostrando que não reconhece os limites do seu corpo, ou, no caso de mutilações, não os reconhece mais.

A crise de identidade refere-se, portanto, a subjetividade, a uma delimitação de quem eu sou como sujeito detentor de um corpo de órgãos e de um corpo de desejo. O resultado da subjetividade, caracterizada pela passagem da ordem do instinto para pulsão, é o funcionamento do sujeito para além de uma ordem biológica, mas de uma organização erógena e subjetiva que inclui a delimitação corporal.

Erogeneização e Corporalidade

O corpo erógeno deve ser concebido, a partir de sua superfície, aliado aos pontos do interior do corpo, pois qualquer superfície do corpo pode originar uma excitação de tipo sexual, transformando-se virtualmente em uma zona erógena (LECLAIRE, 1992).

As zonas erógenas, que dão vitalidade ao corpo erógeno, são as zonas privilegiadas pelos cuidados maternos, são inicialmente as zonas de revestimento da pele e das mucosas. Mas na concepção de Bleichmar (1983), o desejo é aquele que não está determinado como algo em si prazeroso ou doloroso, mas ele não despreza a disposição constitucional filogenética do órgão de ter prazer. Entretanto, concebe que o prazer do órgão pode sofrer mudanças a partir da erogeneidade da mãe, ou das significações do código materno.

Dito de outra forma, o que delimita o gozo de um órgão não é somente sua constituição, mas outro fator essencial, a “mãe”, aquela que projeta um valor sexual no lugar da satisfação da necessidade. De forma que, o que alimenta e assim, apazigua a necessidade, não é o que obtém o gozo, mas sim o desejo materno, ou seja, o investimento materno é determinante. Ele não depende da biologia, e pode modificar o prazer de um órgão, *“este segundo acréscimo é condição do complexo universo de significações na mãe, que, a maneira de um código, emprestará sua marca de prazer ou de dor à zona”* (BLEICHMAR, 1983, p. 115).

Assim, a erogeneidade constituída no bebê, através da mãe, passa pelo seu desejo. Sendo este desejo ausente, sua erogeneidade também pode

sê-la. O contato da pele, tanto do seio para mãe, como da mucosa da boca para o bebê tem significância, desde que neles estejam contidos o desejo materno, pois é este que instaura a erogeneidade (ZECCHIN, 2004).

A ausência de intimidade na relação com o próprio corpo está diretamente ligada à possibilidade ou as obstruções do investimento narcísico que pode ou não acontecer ou aconteceu de forma negativa, através do desejo materno. Se não houve o investimento narcísico ou se houve de forma hostil, o valor fálico do bebê pode ser comprometido, pois é o fator relacional que irá conferir as zonas erógenas (zonas de revestimento da pele e das mucosas, especialmente as zonas orificiais), o lugar de corpo erógeno (BLEICHMAR, 1983; ZECCHIN, 2004).

De forma que o corpo erógeno se constituirá a partir da marca do Outro na erotização de um órgão. Isto significa considerar também que uma cirurgia, independentemente do órgão em questão, irá, a partir do corpo orgânico, despertar o corpo erógeno, o corpo pulsional e o corpo relacional. Zecchin (2004) conclui que o corte cirúrgico em mulheres com Ca é também um corte no “si-mesmo” do sujeito, pois embora a incisão ocorra no corpo, toca necessariamente o ser, o sujeito psíquico: *“A relação da mulher com o seu próprio corpo, com o corpo do outro, com a alteridade são aspectos que estão dinamicamente vivos e ativamente presentes na experiência da perda parcial ou total do seio”* (p. 95).

Zecchin (2004) compreende que a impossibilidade de espaços de elaboração da relação da mulher com o corpo estão associados a dificuldade desta paciente em se aproximar de sua realidade externa e interna, independentemente da experiência de ter Ca de mama. Isso contribui para que algumas mulheres resistam a procura de um médico, a prosseguir as investigações diagnósticas e até mesmo realizar o tratamento.

Assim, o corpo psicanalítico é construído pela alteridade, resultante do encontro essencial com o outro. O corpo encontra-se no centro da construção teórica freudiana, sendo abordado a partir de duas considerações principais: a alteridade e a autonomia (FERNANDES, 2003).

Os fracassos da construção da autonomia e apropriação do próprio corpo seriam responsáveis pelas dificuldades de integrar e reconhecer como

próprios, seu corpo, seus pensamentos e seus afetos, portanto seu desejo (MC DOUGALL, 1989).

De acordo com Zecchin (2004), a organização mental do corpo feminino apresentava uma separação delas com o próprio corpo, no sentido de estabelecerem pouco contato com ele que permitisse pensar seus confortos e desconfortos, suas demandas e limites, quanto à satisfação ética e estética em relação ele.

Muitas dessas mulheres ou mantêm ou têm o corpo próprio a serviço do outro, em diferentes medidas e modalidades, mas estruturalmente dessa forma, como se houvesse fracassado algum elo de uma cadeia desenvolvimentista, a possibilidade de apropriação do próprio corpo. (...) Seguindo este caminho podemos considerar que haveria uma busca da autonomia corporal e psíquica no ser humano em geral, processo que decorrerá da diferenciação progressiva do corpo do bebê em relação ao mundo exterior. Neste caminho nos organizamos de formas mais ou menos defensivas, o que pode acarretar diferentes modos de relação disto que chamo de proximidade do corpo com o psiquismo (ZECCHIN, 2004, p. 75-76).

A experiência clínica de Zecchin (2004) com mulheres de Ca de mama revela que a maioria das mulheres tinha dificuldade com o próprio corpo, seja no que diz respeito a um certo saber de si (corpo), de tocar-se, de considerar e reconhecer que o corpo tem demandas autônomas. Cada mulher apresentava uma manifestação dessas dificuldades de forma diferente, mas em geral, relacionada ao vínculo que estabeleciam com suas mães. O distanciamento do corpo que a autora atribui às mulheres com Ca de mama, particularmente ligadas à mãe, em geral, estava deslocado na atualidade para as suas relações amorosas.

Assim, as dificuldades relacionadas à autonomia corporal, incluem a dificuldade de reproduzir no seu próprio corpo o toque, o olhar e a curiosidade em relação a conhecê-lo. Trata-se de uma capacidade de integrar, reconhecer como próprios, seu corpo, seus pensamentos e seus afetos. Se esta mediação fracassa, por qualquer motivo, este fracasso se tornará um obstáculo para autonomia. E, para o sujeito alcançar o desejo da autonomia corporal ele depende da autorização do desejo materno, isto é, que o inconsciente materno não ponha obstáculos ao desejo do bebê na busca pela sua autonomia corporal (MCDUGALL, 1974).

Então, o corpo demanda uma história marcada fundamentalmente pela fusão com a mãe até enquanto as representações do processo de individuação perdurar, ou seja, até a morte. E, assim, o corpo se torna soberano para a vida, uma vez que o começo e o fim da vida acontecem no e através do corpo (WINTER, 1997; FERNANDES, 2003; ZECCHIN, 2004).

Com isso, a relação com o corpo estará submetida a como cada um se relaciona com seu próprio corpo e com a realidade, dependendo das deformações, pois o corpo, ao longo da experiência de vida, produzirá inúmeras representações e sempre funcionará de acordo com as motivações inconscientes. Essas escolhas determinarão o lugar que ele ocupará na vida do sujeito, levando em consideração que a história das representações das vivências está em constante modificação, pois está suscetível a transformações e a viver modificações permanentes no corpo, seja pela natureza biológica ou psíquica do humano. Embora se preserve a sensação de que se habita o mesmo corpo, mesmo este sendo obrigado a rever suas representações a cada experiência que o afeta (ZECCHIN, 2004).

De forma que a manipulação do corpo depende do desejo, movimento que advém do inconsciente. Inclui-se nessas formas de manipulação, a visita aos profissionais da saúde (médicos), a realização de exames, ainda que complicados e dolorosos, alimentação balanceada ou simplesmente alimentar-se, exercitar-se, vestir-se bem ou meramente esforçar-se para “cumprir” hábitos ditados como saudáveis ou que realçam a aparência do sujeito.

Enfim, neste capítulo, demonstrou-se que o corpo se constitui a partir do outro e que o corpo na Psicanálise concebe esse outro fundamental para a maturação do sujeito em todos os sentidos, pois é ele quem garante suporte de sobrevivência biológica e psíquica, mas não necessariamente de forma integrada. Garantir a sobrevivência do sistema físico pode ser meramente garantir a constituição do corpo biológico, não necessariamente a constituição de um sujeito, ou da unidade corpo/mente.

CÂNCER DE MAMA

O campo da psicossomática teve origem nas descobertas freudianas⁵, portanto, está filiada a psicanálise. Nela se concebe que o sujeito recebe filogeneticamente e biologicamente características individuais que lhe conferem potencialidades e fragilidades que o torna suscetível a doenças. E que, além destas, recebe também do meio ambiente, predisposições a agentes agressores ao organismo. Contudo, e para a psicanálise, sobretudo, recebe através da inter-relação primitiva e prolongada, bases para a formação da subjetividade.

A subjetividade exerce sobre o corpo, no processo de saúde e doença, não uma participação etiológica, como a causadora das alterações deste corpo, especificamente doenças, mas como aquela que dá passagem à enfermidade no organismo. A subjetividade, nos primórdios da vida, delimita uma fronteira soma e psique e estabelece a regulação psicossomática no sujeito. De forma que a estrutura psíquica é a principal responsável pela clivagem psicossomática e o aparecimento da enfermidade (WINTER, 1997; VOLICH, 2000).

Quanto maior a distinção entre o corpo da necessidade e o corpo do prazer, maior o equilíbrio psicossomático. O psiquismo vai se formando através da separação entre esses corpos, isto porque ele capta por meio da subjetividade as alterações de excitação física, qualificando-a e expressando-a por símbolos (linguagem): as ações instintivas são substituídas pela palavra. A satisfação das necessidades fisiológicas adquire um imperativo categórico que não se restringe ao orgânico (WINTER, 1997; ZECCHIN, 2004).

É o aparelho psíquico, mas especificamente o ego, que tem o objetivo de regular às energias instintivas e pulsionais, libidinais e agressivas, sob a forma de representação e simbolização.

⁵ Freud entendia que o sintoma tinha um significado e que dizia algo que representava para além do âmbito anátomo-fisiológico, isto é, se situa numa perspectiva diferente daquela normalmente considerada na prática médica. O sintoma corporal possuía uma lógica psíquica (Rosa, Ribeiro e Markunas, 2002).

A regulação da economia psicossomática depende do psiquismo e do regimento que dá às excitações através das atividades de fantasia, sonho e criatividade, atividades essenciais para esse equilíbrio. Esse aparelho revela os processos pelos quais, a partir das experiências mais precoces do homem, gradativamente, por meio das relações com seus semelhantes, se dá um funcionamento complexo e integrado de funções psíquicas e corporais. Um funcionamento que pode ser perturbado ao longo da existência, produzindo manifestações psíquicas e/ou somáticas, normais ou patológicas. De forma que a doença surge como uma ruptura do equilíbrio entre soma e psique (WINTER, 1997; VOLICH, 2000).

Para que o equilíbrio psicossomático seja possível, a mãe deve propiciar ao bebê um bom equilíbrio entre os momentos de presença e ausência, de investimento e desinvestimento. Este processo requer que o bebê sinta o afastamento da mãe, para que se dê conta de que é um sujeito para além dela, mas que ao mesmo tempo, sinta que ela supre suas carências, garantindo-lhe a sobrevivência, pois a satisfação constantemente suprimida não favorece sua diferenciação (MCDUGALL, 1989; KREISLER, 1992; WINTER, 1997; VOLICH, 2000).

De forma que o pensamento psicossomático das correntes de Psicanálise tem em comum a “falta” como aquela que gera a angústia constitutiva do sujeito. O desamparo, marcado pela falta, é o registro dos primórdios da existência humana. Freud (1920) refere que o desamparo consta na essência da experiência traumática e é a primeira experiência do recém-nascido, é o registro de uma desorganização, uma impotência devido a extrema dependência de um Outro para (re)organizar-se (trata-se da simbiose).

Se os pólos de sustentação da estrutura psíquica (ausência e a diferença) se devem a relação primitiva materna, é a mãe ou a sua representante, que com o seu processo de presença ou ausência, é responsável pelo equilíbrio psicossomático do sujeito (MCDUGALL, 1989).

Através da falta ou o reconhecimento da ausência materna surge a condição para alucinar, fantasiar e eventualmente pensar. A falta instaura a capacidade de “*diferença*”, o segundo pólo de sustentação, além de promover

também, o desejo. Mas a função materna não assegura somente essas atividades, mais também as funções orgânicas e de motricidade, pois o grau entre o investimento/desinvestimento do bebê pela mãe também define a possibilidade de instauração do comportamento auto-erótico (MCDOUGALL, 1989; WINTER, 1997; ZECCHIN, 2004).

Todo corte psicossomático se dá através de uma falha ou fracasso na organização mental do corpo próprio (MCDOUGALL, 1989; DUDIDOVICHI, 1997; WINTER, 1997; VOLICH, 2000).

Com a clivagem psicossomática, o objetivo pulsional e a atividade auto-erótica correm o risco de tornassem autônomos. Desvinculados de toda representação mental dos objetos. Seja pela carência ou excesso do investimento materno, surge a clivagem entre psique e soma (FAIN, 1971; ALAGNIER, 1975; GREN, 1980; KREISLER, 1992; DUDIDOVICHI, 1997; WINTER, 1997; VOLICH, 2000).

As tensões que acometem o sujeito e que não são liberadas, sobrecarregando o soma, apresentam uma dificuldade de representação e vivência de afeto, e uma facilidade para provocar o desligamento ou corte psicossomático. Sem linguagem (capacidade de falar, sonhar ou representar), a estrutura psíquica repassa para o soma, que seguindo suas leis biológicas, trata-as, automaticamente. Portanto, o sentido da doença não está ligado a desejos reprimidos (somente nos casos de conversão) – (WINTER, 1997).

A doença seria assim, um resultado da carência da operação psíquica da subjetividade, do circuito pulsional, do desejo e do seu reconhecimento, do soma e do psiquismo. A doença seria a autonomia dos processos biológicos, por isso a possibilidade de “cura” por medicações e intervenções, somente médicas.

Volich (2000) afirma que a mensagem que a doença transmite é o desamparo. Perante um profissional da saúde, o sujeito revela com o seu sintoma, seu desamparo. Nele está contido a falha do funcionamento do sujeito em manter o equilíbrio psicossomático.

De acordo com o autor, o modo como o sujeito lida com o desamparo apresenta poucas modificações, seja na fase infantil, mesmo a mais primária, ou na adulta. Sempre a experiência do desamparo recorre primeiro ao próprio

corpo, isto é, as capacidades físicas e emocionais de suportá-lo. Por isso, o auto-erotismo é um dos primeiros recursos de autonomia para lidar com o desamparo.

Sendo que, quanto melhor for a estrutura egóica, menos se recorre ao outro nessas circunstâncias. Quanto menor ou mais frágil e delimitado for esse ego, maior e mais rápido será a procura deste por um suporte, um outro que simbolize a figura maternal, agora de forma reparadora, pois na sua primeira experiência esta foi insuficiente⁶ (KRESLER 1992).

Então, escutar o corpo é escutar o desamparo as quais as pessoas estão submetidas. Considera-se que as pessoas que não “escutam ou que não vejam” seu corpo, podem apresentar diferentes desordens, tanto que remetam à esfera biológica, como psíquica, isto vai depender de qual alerta vem primeiro ou que registro se torna mais perceptível. As pessoas vão ao médico para que ele lhe ajude a escutar o corpo ligado a ordem biológica, e vão ao psicanalista para que ele lhe ajude a escutar o corpo ligado a ordem psíquica, pulsional, erógena. E, como, apesar de serem dimensões diferentes e distintas, são indissociáveis, a escuta, de qualquer profissional, não deve estar desatrelada a cada uma das dimensões.

Mesmo assim, a disponibilidade cada vez maior de exames, gerando uma grande quantidade de informação, traz resultados discordantes do discurso emitido pelas mulheres “enfermas”, uma vez que estão sendo interpretados de forma dissociada. Em função disso, o real sentido da solicitação médica dessas mulheres é perdido, e a escuta fornecida pelo médico acaba não atendendo as demandas do corpo feminino, quando este não traz resultados laboratoriais (GILBERT, CARDOSO e WUILLAUME, 2006).

Essa é uma prática que reforça o corte psicossomático e a idéia de que o sujeito não é um todo indivisível e integrado. Nada contribuindo para a recuperação da pessoa ou para possíveis recaídas ou recidivas. Entretanto, a “cura”, pelo menos “somática”, não deixa de ser possível, pois como coloca

⁶ A capacidade de auto-erotização também é prejudicada quando Outro (mãe) estabelece uma relação de extrema dependência com o bebê (Kresler 1992).

McDougall, a integração do sujeito como um ser “psicossomático” está pautada nos primórdios de sua existência.

Se esses pólos de ausência e diferença forem bem estruturados, a possibilidade de formação de uma identidade própria individualizada prevalece, estruturando o que reconhecemos como identidade delineada e fortalecida. Do contrário, a decorrência seria o que chamamos de fragilidade “narcísica”. Neste caso teríamos (...) possibilidades patológicas ou desastrosas para uma vida em equilíbrio⁷ (WINTER, 1997, p. 49-50).

Tavares e Trad (2005) observaram no discurso das mulheres com Ca de mama, uma combinação entre o desequilíbrio psíquico (sobrecarga de emoções), social (sobrecarga de trabalho), espiritual (predestinação, vontade de Deus e pecado) e biológico, mesclados aos argumentos biomédicos (expressão do caráter do paciente, em geral, de desequilíbrio com a sociedade em que vive). Verificaram que a dificuldade em aceitar a doença era proporcional a idéia de que se consideravam “boa pessoa”. Demonstraram também que a maioria dos familiares dessas mulheres fez considerações psicossomáticas na “*etiologia do Ca*”, destacando-se: “sofrimento retido”, “guardar rancor” e “amargura”.

Portanto, reconhecer o corpo doente corresponde mais do que estar alerta a sintomas. Significa dar ouvidos a todas as demandas do corpo, vindas de direções distintas, pois são todas elas em conjunto, que caracterizam um sistema orgânico saudável ou patológico. O desenvolvimento humano saudável e a doença obedecem a uma relação dialética contínua entre psique, soma e meio ambiente, buscando constantemente alcançar um equilíbrio ameaçado.

Considerando então, que não existe nenhum estado emocional que não interfira no funcionamento fisiológico e imunológico do sujeito, embora a relação entre esses elementos não seja causal, mas suscetível de alteração de acordo com a história somática de cada pessoa⁸ (GACHELIN, 1986),

⁷ Em psicanálise, compreende-se que o bem-estar corporal é relativo a perspectiva do narcisismo, mérito do ego: amor por si mesmo, pelo seu corpo e pela sua vida.

⁸ Em 1987, na cidade de Goiânia, um acidente radioativo atingiu mais de 40 pessoas. Ficou conhecido como Césio 37. Apesar de a contaminação ter sido similar em cada sujeito, cada pessoa apresentou uma falência de órgão e contaminações diferentes. A maioria desenvolveu Ca, mas em partes e órgãos diferentes. Um grande número de pessoas morreu, mas houve sobreviventes. Cito este acidente como exemplo de que a doença, seja infecção, inflamação,

pesquisas iniciadas na década de 1970, procuraram compreender as relações entre os estados emocionais e o sistema imunológico, inaugurando um campo de pesquisa denominado Neuropsicoimunologia. A descoberta de redes neurobiológicas complexas reforçou a idéia de que fatores psicológicos intervêm na gênese de doenças graves como o Ca (ZECCHIN, 2004).

Reconheceu-se assim, a importância dos aspectos emocionais como fator importante na convalescença e na insuficiência imunológica do ser humano. O limite que tomou para pensar a imunidade insuficiente foi o das doenças auto-imunes, onde o corpo se torna um “inimigo” agressor e manifesta uma modalidade de auto-destrutividade, onde as intervenções endógenas são de extrema agressividade (BERLINCK, 1999).

O Câncer para a Psicossomática

O Ca é considerado uma doença auto-imune e o Ca de mama um tipo da doença com o registro mais antigo⁹ (ALEMIDA, 2007).

Ao longo da história da medicina, o Ca de mama tem sido associado, algumas vezes direta, outras indiretamente, com o estado emocional (depressividade), a sexualidade e a personalidade e/ou perfil psicológico.

De acordo com Almeida (2007), no tempo de Hipócrates, acreditava-se que o Ca de mama atingisse mais as mulheres com predisposição melancólica. Este médico grego nomeava a doença de “*depressão do câncer*”. Ao longo do tempo, perdurou a crença de que o surgimento do Ca de mama era causado pelo estilo de vida, e atingia as pessoas mais tristes e melancólicas.

Segundo Garcez (2007), os pacientes oncológicos podem apresentar transtornos psiquiátricos de várias ordens, e a depressão se manifesta entre 22 a 25% dos casos. Uma em cada quatro mulheres com Ca de mama, em

contaminação por bactéria ou, como no caso, de substância química nociva, sempre atravessa a subjetividade do sujeito, ou seja, nada atravessa o sujeito que não impactue com a sua singularidade.

⁹ Historiadores acreditavam que no Egito tenham registros de tumores mamários “sem cura” desde 1600 a.C.

média, desenvolve depressão, de modo que a prevalência de depressão neste grupo é superior a da população em geral.

No entanto, a depressão em pacientes oncológicos possui características peculiares. Em geral é uma alteração emocional que se manifesta como reação ao adoecimento, mas pode ter também causas pré-existentes, que vêm à tona com o aparecimento da doença. Esses pacientes podem ainda apresentar, irritação, agressividade, ansiedade e compulsão, além de isolamento social (ZECCHIN, 2004).

Portanto, o quadro depressivo pode estar associado ao período do pré e pós Ca. Mas Zecchin (2004) afirma que é no período pós-cirúrgico que de um auxílio profissional da área da saúde mental.

De acordo com Garcez (2007), o índice de depressão em mulheres acometidas por Ca de mama não é só comum, mas muito relevante, pois os efeitos colaterais do tratamento, as alterações corporais e a ocorrência de metástases são circunstâncias que favorecem um quadro depressivo. As cirurgias mutiladoras ou cirurgias com seqüelas físicas marcantes, deixam fontes de dor e sofrimento.

Por isso, a depressão é um quadro que deve ser levado em consideração e ter prioridade de tratamento, uma vez que *“piora o prognóstico de qualquer doença”* (GARCEZ, 2007, p. 24). O paciente deprimido adere menos ao tratamento, está sujeito a um maior período de internação e um desgaste físico-emocional maior.

A relação do Ca de mama com a sexualidade também pode ser verificada nas informações históricas, agora registradas nos séculos XVI e XVII. Elas descreviam a neoplasia como *“a praga dos conventos”*, por ser muito mais prevalente entre as freiras: mulheres que não se casavam, não tinham filhos e não amamentavam (ALMEIDA, 2007). Justamente o perfil que hoje se entende como predisponentes para o Ca de mama (LIMA e col, 2001).

Cabe assim a idéia de que as possíveis causas do Ca situam-se entre os hábitos de vida da mulher com relação a sua prática sexual, embora se considere que não se restrinja a isso. Entretanto, as pesquisas mostram que a prática sexual deste gênero, de reprodução e assistência materna, pode proteger o organismo contra a produção de células cancerígenas na mama.

Quanto à relação do perfil psicológico e do Ca, Locke e Gorman (1989), discípulos de Alexander, descrevem que um perfil de personalidade que predisporia ao Ca, deteria características psicológicas como: utilização excessiva de mecanismo de defesa (negação e recalque, principalmente quando se trata de ódio), rigidez mental, respeito excessivo das convenções e predisposição ao desespero. Relataram também, várias pesquisas que indicavam uma correlação entre a depressão e a incidência ou risco de Ca, revelando que mulheres “*infelizes*” e/ou “*pouco satisfeitas com a vida*” apresentavam um aumento de 50% de serem acometidas pelo Ca.

Contudo, de acordo com os parâmetros médicos contemporâneos, as causas do Ca são variadas, podendo ser externas (meio ambiente, hábitos ou costumes próprios de um ambiente social ou cultural) ou internas ao organismo (relação genética), estando ambas inter-relacionadas (BRANDÃO et al 2004).

De acordo com Zecchin (2004) o Ca de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta freqüência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

Mas segundo Garcia (2006), entre os profissionais especialistas em Cancerologia, há um consenso sobre os ganhos secundários da doença e de como algumas mulheres se utilizam de sua condição e limitação física para mudar a rotina de vida e as relações familiares.

Pinto e Martins (2006) verificaram a percepção das mulheres de Ca de mama sobre seus relacionamentos familiares: 80% das mulheres com Ca qualificaram seus relacionamentos como positivo, sendo que 20% mencionou que não houve mudanças, 60% considerou que a família ficou mais unida e 20% classificou a mudança como negativa, justificando tal ocorrência por meio do afastamento do marido após a cirurgia.

Ainda sobre os familiares de mulheres com Ca de mama, Tavares e Trad (2005) verificaram que as “*concepções sobre a enfermidade*” dependem da faixa etária para ser considerado letal, mas o fato do tratamento ser sofrido é geral. O Ca foi ainda considerado algo negativo para o paciente e para os seus familiares. O Ca de mama foi considerado menos perigoso que outras formas da doença. A invisibilidade da mastectomia, a sobrevivência da

paciente e a idéia de que a mama não é um órgão de importância vital, minimizaram a gravidade da doença. Concluíram então que o Ca produz a noção de doença incurável, mas que com o desenvolvimento científico e tecnológico aliados ao tratamento espiritual e a prática de comportamentos saudáveis, representa uma esperança.

As definições mais radicais e enfáticas sobre o Ca como doença fatal adviram das famílias com casos de morte pela doença, metástase ou pacientes em fase terminal. Nas categorizações sobre o Ca, este foi identificado como “ser”, “flagelo”, “coisa” que invade, degenera o corpo e transforma a paciente num “não-ser”.

Regis e Simões (2005) constaram que embora o prognóstico de Ca de mama esteja mudando, em virtude dos avanços científicos no diagnóstico e tratamento, o medo da morte, da desfiguração e da perda de atividade sexual permanecem. As justificativas estão no ataque às estruturas físicas, psicológicas e sociais da mulher, não só pela doença, mas pelo seu tratamento.

Os sentimentos/comportamentos relativos ao **diagnóstico de Ca** de mama são principalmente: medo, alívio (aceitação da doença), negação, busca da causa, constrangimentos e expectativas (TAVARES e TRAD, 2005; REGIS e SIMÕES, 2005; GARCIA, 2006; PINTO e MARTINS, 2006).

O “medo” primeiramente está atrelado à idéia de que Ca é sinônimo de morte (REGIS e SIMÕES, 2005; TAVARES e TRAD, 2005; GARCIA, 2006). Talvez isso justifique a descrição da doença com outros nomes, pois assim como se quer afastar-se da morte, conseqüentemente quer afastar-se da doença. O Ca de mama além de ser associado à morte, está vinculado ao estresse, ao medo e ao desespero.

Segundo Regis e Simões (2005) o medo também pode estar presente em todas as fases do processo de adoecimento e tratamento da mulher, e até mesmo, após a cura. O Ca de mama é ainda mais temido pelo fato de acometer uma parte valorizada do corpo da mulher e que em muitas culturas desempenha uma função significativa na sexualidade e identidade feminina.

Garcia (2006) revela que o medo é capaz de impedir a busca de assistência e de provocar angústia quanto a reação da família, muitas vezes piores para o doente do que a própria doença em si (como o abandono de maridos ou filhos, afastamento de netos, entre outros).

A “aceitação da doença”, considerando este aspecto como a idéia de consentir em receber as situações que a doença implica, revela que as mulheres que sentem alívio com o diagnóstico (positivo para Ca) procuram imediatamente um médico, iniciam o tratamento e retomam suas vidas. Estas aceitam melhor a doença e o processo de tratamento em busca da cura. Entretanto, vale considerar que a aceitação pode ser aparente e momentânea, pois esta é uma fase inicial e ainda progressiva da doença (REGIS e SIMÕES, 2005). Por isso, Garcia (2006) verificou também que o alívio pode estar associado a apatia.

A “negação” é entendida como uma forma de “defesa aparente”, comum em doenças crônicas, principalmente nas estigmatizantes, como é o caso do Ca de mama. Pode ser representado pela protelação do tratamento e é marcado pela busca da causa. As reflexões sobre os porquês da acomodação desta doença, são procuradas nos comportamentos do passado e, a conclusão é comumente que foram displicentes com sua própria saúde (descaso com o corpo) - (REGIS e SIMÕES, 2005). Em alguns casos é o momento, segundo Garcia (2006) que a tristeza e a raiva se manifestam e podem levar ao desespero e/ou ao desejo de morrer.

Assim, o diagnóstico de Ca de mama implica na utilização de mecanismos de defesa para possibilitar à mulher lidar com a forte angústia despertada pela doença. Por isso, após o diagnóstico as mulheres relatam sentirem-se diferentes, notam mudanças em alguns aspectos da vida, seja na maneira de ser, ou na de ver a vida. Este fato pode ser retratado como o retorno ao trabalho, dedicação a obras sociais, maior dedicação e proximidade da família e de si própria e um envolvimento religioso (REGIS e SIMÕES, 2005; PINTO e MARTINS, 2006).

Ferrari e Herzberg (1996) colocam que existem três propostas de tratamento básico para o Ca: tratamento curativo (eliminação completa da doença em busca da cura), tratamento paliativo (controle da doença em busca

da melhora na qualidade de vida) e medida de suporte (convivência com a doença em busca da diminuição do sofrimento e de possíveis complicações).

Seguramente é o tratamento curativo o mais invasivo e mais comum. Em geral, se dá por um processo de muitas fases e de diferentes métodos, também chamados de coadjuvantes. Uma das formas de tratamento mais eficazes para o Ca de mama é a mastectomia, que se constitui na retirada total ou parcial das mamas e linfonodos auxiliares, como uma forma de erradicação do tumor. Embora eficiente, tal procedimento cirúrgico revela-se como mutilador, visto que retira da mulher um órgão carregado de simbolismo sexual e de feminilidade (PINTO e MARTINS, 2006).

O surgimento do Ca de mama e a cirurgia mutiladora podem ser vistos como um momento de crise, e é possível que ocorra através dessa experiência, uma busca de re-significação de outros pequenos traumas. Como também é possível a crise da doença transformar-se numa porta de entrada oportunista para problemáticas psíquicas, que encontram então espaço para se alojar e comprometer a convalescença. *“É fato que o sofrimento do corpo é dor psíquica e que é possível produzir psiquicamente através do sofrimento”* (ZECCHIN, 2004, p. 36).

Apesar disso, a autora revela que as mulheres com Ca de mama falam pouco ou quase nada da cirurgia, que é de grande porte e pode ser mutiladora. O discurso delas sugere inquietações sobre o temor de viver em um corpo estranho a elas e de como poderão se organizar diante das limitações impostas pela cirurgia.

As emoções e sentimentos da mulher face às vivências resultantes da mastectomia são emoções de choque e revolta, principalmente para mulheres que não conheciam o tratamento (AMORIM, 2006). Contudo, há evidências de mulheres que reagem bem ao procedimento cirúrgico, inclusive o solicitam imediatamente. Essas reações positivas à mastectomia são representadas como um modo de recuperar a saúde (TARRICONE, 1992; PINTO e MARTINS, 2006).

A **quimioterapia** é a forma de tratamento que gera maior ansiedade nas mulheres, fazendo com que estas se preocupem mais com sua realização e conseqüência. A mobilização ansiógena pode estar relacionada ao estigma

social da quimioterapia, que envolve a perda do cabelo, além do mal-estar físico (TAVARES e TRAD, 2005; PINTO e MARTINS, 2006; GARCEZ, 2007).

Na pesquisa de Pinto e Martins (2006), 100% das mulheres realizaram tratamentos coadjuvantes à cirurgia (quimioterapia ou radioterapia). Toda a amostra caracterizou como negativas suas reações aos mesmos. Tais reações envolviam principalmente: medo, por desconhecimento do tratamento; tristeza pela perda do cabelo; mal-estar físico e outros.

A alopecia é uma alteração decorrente, principalmente da quimioterapia, sujeita a reversão, mas muito temida. Seu efeito recai sobre as células de multiplicação da raiz dos pêlos e cabelos, com grande chance de ser reversível quando o tratamento termina. A queda dos fios pode começar na segunda ou terceira semana do tratamento, mas fica mais acentuada a cada ciclo de aplicação, e a intensidade pode variar de acordo com os medicamentos empregados e a sensibilidade de cada sujeito (ROSENDO, 2007).

Além da alopecia, a quimioterapia juntamente com a radioterapia, podem causar alterações cutâneas, como prurido, vermelhidão, descamação, ressecamento da pele e acne, além do escurecimento e enfraquecimento das unhas, que podem ficar quebradiças¹⁰ (ROSENDO, 2007).

O tratamento **radioterápico** depende do tipo e da dosagem da radiação, tempo de exposição e frequência de sessões para calcular seus efeitos e suas seqüelas. Alguns pacientes podem apresentar radiodermite, lesão caracterizada pelo afinamento da pele acompanhado de vasos na região que recebeu a radiação (ROSENDO, 2007), bem como ardor e queimação.

Uma pesquisa iniciada em 2005, ainda em andamento na Faculdade de Medicina do ABC, catalogou os problemas decorrentes do Ca e dos seus tratamentos (radio e quimioterapia). Foram verificadas 25 queixas. Entre as alterações mais freqüentes são estrias, perda de cabelos e de sobrancelhas, micoses, ressecamento da pele, alteração de cor e textura das unhas e rachaduras nos calcanhares e lábios (ROSENDO, 2007).

¹⁰ Vale ressaltar que por orientações médicas, as pacientes não são recomendadas a pintar as unhas.

A **hormonioterapia** é um método de tratamento tão comum a doença quanto a cirurgia. Grande parte ou quase todas as mulheres fazem uso prolongado (de aproximadamente cinco anos, quando necessário) de medicamentos que atuam na química hormonal deste gênero e favorecem a multiplicação das células cancerígenas. Trata-se do uso de medicamentos diários de inibição hormonal que não produzem impacto anatômico sobre a mulher, mas implicações fisiológicas no seu organismo (MATHIAS, 2005).

A hormonioterapia, em especial o tamoxifeno¹¹, alcançou uma posição de destaque no tratamento do Ca de mama, devido sua eficácia. Contudo, os dados da literatura são controversos quanto às conseqüências decorrentes do seu uso, principalmente no que diz respeito a função sexual, devido aos efeitos colaterais.

Thors e Jacobsen (2001) não encontraram evidências de que o tamoxifeno tenha efeitos negativos sobre a função sexual de mulheres que sobreviveram ao Ca de mama. No entanto, outros estudos mostraram que as mulheres queixam-se de disfunções sexuais (SILBERFARB e CROUTHAMEL, 1980; FISCHER, ET AL, 1989; LOVE et AL., 1991; BERGLUND, 2001).

Fischer et al, (1989), afirma que 5% das pacientes interrompem a terapia por conta de efeitos colaterais, sendo os mais prevalentes fogacho, ressecamento vaginal e ciclos irregulares, referidos predominantemente por mulheres mais jovens.

Embora a hormonioterapia seja pouco abordada pelas pesquisas de forma direta, suas conseqüências são nitidamente focadas, tanto pelos pesquisadores como pelas pesquisadas. Isto é, a literatura enfoca os aspectos sexuais das mulheres, mas não dão o crédito ao “causador” dessas interferências, apenas as consideram como um resultado do tratamento global ou, dando enfoque mais uma vez, a mastectomia ou a cirurgia.

Por isso Tavares e Trad (2005) observaram que a cada fase da doença emergem novos significados relativos a causas ou possibilidades de cura e, estes são resultados dos processos de reinterpretação e filtragem do discurso biomédico, aliados a sentimentos presentes no imaginário social

¹¹ Medicação administrada para tumores que crescem com os hormônios femininos.

sobre a enfermidade, a partir de construções históricas (da vivência de outras pessoas).

Assim, o Ca de mama ganha um significado dinâmico por estar associado as fases do tratamento, visto que ele se transforma ao longo da trajetória da enfermidade pelas etapas do tratamento (cirurgia, quimio, radio e hormonioterapia) - (TAVARES e TRAD, 2005).

A propedêutica do Ca e a Imagem corporal

Regis e Simões, (2005) evidenciaram que as mulheres acometidas pelo Ca de mama apresentam sentimentos de “constrangimento” em virtude das repercussões do tratamento, pois o mesmo abala a imagem corporal e isto repercute no seu convívio social.

Algumas mulheres verbalizam mudanças percebidas em estruturas e/ou função do corpo (não tocar e esconder). Estas provocam mudanças no estilo de vida e no envolvimento social como temor da rejeição e ou reação de outros. (...) algumas delas deixam de se olhar no espelho, de se tocar, ficando muitas vezes com vergonha de outras pessoas (REGIS e SIMÕES, 2005, p. 85).

Em virtude dessas repercussões, várias especialidades surgem em favor de contribuir para a diminuição do impacto do tratamento oncológico, como: reconstruções plásticas, orientações nutricionais, apoio psicológico, etc. Elas oferecem subsídios de auxílio para amenizar os efeitos colaterais que atingem as pacientes e contribuem para evitar a baixa-estima e os casos de depressão (ROSENDO, 2007).

No estudo de Pinto e Martins (2006), 40% das mulheres definiram-se como insatisfeitas com o próprio corpo durante ou após o tratamento de Ca, relacionado esta insatisfação com outros fatores que não a mama, tais como haver engordado após a cirurgia, ou então por sentir dores nos membros, ou ainda, pela perda dos cabelos. De acordo com as autoras, as mulheres vivenciam esta perda como mais dolorosa do que a perda da mama em si, visto que é uma perda mais aparente e que ataca não somente sua identidade de mulher, mas também a de ser humano. As mulheres relatam também angústia e outros sentimentos negativos advindos da perda do cabelo.

A pesquisa revela também que a satisfação das mulheres com o corpo, está relacionada à realização da reconstrução mamária, imediatamente após a cirurgia. As razões que levaram a reconstrução mamária foram: melhora da aparência física (40%); possibilidade de recuperar a mama perdida (20%); e maior comodismo, com a finalidade de abandonar o uso da prótese (20%). Notificou-se que 80% da amostra sustenta concepções positivas a respeito da cirurgia de reconstrução mamária; enquanto 20% consideram a mesma como negativa.

Este fato tem relação direta com o poder do olhar do outro, ao olhar para si mesmo. Por isso, diversas investigações sugerem que a disponibilidade de apoio material e afetivo, assim como informação e outras dimensões de apoio social, (familiares e amigos), exercem um papel importante no estímulo a adoção e manutenção de hábitos de autocuidado e no processo de reabilitação (GONÇALVES e DIAS, 1999; ANDRADE, CHOR et al, 2005; TAVARES e TRAD, 2005; AMORIM, 2006; GARCIA, 2006; PINTO e MARTINS, 2006).

Segundo Andrade, Chor et al (2005) a prática e a frequência do auto-exame de mama esta associado a cinco dimensões de apoio social (material, emocional, afetivo, informação e de interação positiva). Quanto mais desenvolvido e mais alto for os escores nessas dimensões, mais consolidado a rede de apoio social, e conseqüentemente às práticas de auto-exame da mama ou de autocuidado na saúde feminina.

Garcia (2006) revelou os resultados do processo de empoderamento¹² pessoal através da relação das mulheres com Ca de mama e o seu corpo (controle sob o mesmo, sua mobilidade e capacidade de fazer coisas) e no controle sob suas próprias vidas, vinculado ao apoio social, sobretudo da instituição ADAMA¹³.

¹² A autora considerou o conceito de empoderamento proposto por Vasconcelos (2003, p. 20, apud Garcia 2006): *“aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”*. Referia-se a existência de dispositivos sociais e emocionais disponíveis para efetivar mudanças que ultrapassassem a enfermidade, em questão, o Ca de mama, mobilizados pelas estratégias de apoio que poderiam colaborar com o processo de empoderamento desenvolvido pela ADAMA.

¹³ Trata-se de uma organização (não-governamental), situada em Niterói. Foi considerado no trabalho um espaço de proteção social capaz de gerar mudanças significativas na vida de algumas associadas, e um sujeito coletivo, resultado de identidades comuns construídas por

A autora percebeu que as mulheres adquiriram maior autonomia, maior segurança e liberdade nas suas decisões, em geral, condicionadas pelas relações familiares e que as mulheres que recebem apoio integral de seus familiares, tem seu processo de recuperação facilitado. Tal como mostram Pinto e Martins (2006) *“as mulheres que consideram seu relacionamento familiar como positivo tem maior facilidade no processo de reabilitação, visto que se sentem apoiadas e incentivadas a reassumir seu lugar”* (p. 18).

Averigou-se que mesmo com todo o potencial agressivo do tratamento de Ca, as pesquisas mostram que a primeira preocupação das mulheres diagnosticadas com a doença é a morte. Segundo a literatura, a mutilação da mama ou as outras perdas que se sucederam com o tratamento, estão em segundo plano como preocupação da mulher, esta considera sua sobrevivência, mais importante (DUARTE e ANDRADE, 2003; MORAES et al, 2006). Entretanto, a qualidade de vida é um tema que deve ter atenção especial nesta doença, em virtude dos efeitos e das seqüelas do tratamento.

Pinto e Martins (2006) revelaram dados referentes a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas. Estas apresentaram em relação ao funcionamento físico e efeitos colaterais do tratamento cirúrgico: dificuldade de realizar esforços físicos (40%) e alto grau de dificuldade (60%), sendo estas de carregar objetos pesados e em realizar grandes caminhadas. Com relação às dores, 60% das mulheres afirmaram sentir muita dor em geral; 80% muita dor no braço ou no ombro e 60% na área da mama doente, impossibilitando o retorno ao trabalho ou às atividades domésticas. Deste percentual que relata sentir dores, 80% afirmou que estas interferem em suas atividades diárias, uma vez que não conseguem levantar ou abrir o braço.

Os resultados da pesquisa revelaram que 40% das mulheres apontaram dificuldades em se dedicar a atividades de divertimento ou lazer. Sendo que 60% afirmou que a doença e o tratamento não interferem ou tem pouca interferência em suas atividades sociais. Porém, 80% afirmou ter sofrido modificações em seu dia-a-dia após a cirurgia, sendo que 60% classificou tais

muitas mulheres em torno do diagnóstico de Ca de mama. A ADAMA oferecia as mulheres com o Ca de mama condições para lidarem com a mastectomia (mutilação), com o novo corpo, com a sexualidade e com a família (GARCIA, 2006).

mudanças como negativas e 20% como positivas. Os 20% restantes apontaram que sua rotina não sofreu quaisquer modificações após a cirurgia.

Considera-se que as pesquisas que abordam a sobrevivência de mulher com Ca de mama, são provavelmente bem feitas, já que os resultados apresentam compatibilidades com outras pesquisas. Além dessa semelhança, apresentam também a similaridade de não referir qualquer aspecto que indique a qualidade de vida da mulher se quer a mencionam.

Na pesquisa de Moraes et al (2006) a sobrevivência global de mulheres mastectomizadas é de 5 e 10 anos, respectivamente para 87,7% e 78,7%. Caso as informações sobre a reconstituição mamária constassem nos prontuários, os autores não se preocuparam em divulgá-la.

Estas pesquisas denotam o quantum (em geral, bastante) de preocupação é destinada a sobrevivência das mulheres acometidas por um Ca, porém revela também o quantum (bem inferior a primeira preocupação) se destina a qualidade de vida dessas mulheres após o tratamento, pois a sobrevivência breve ou longa, com ou sem recidivas, ou seja, sem a presença de uma doença, não culmina numa vida de qualidade, pode inclusive, ser marcada por uma vida de tensões e estresses cotidianos, em virtude do trauma do adoecimento, do tratamento, de suas seqüelas e repercussões, pois seja qual for a doença, ela promove ameaça de morte.

Quando a doença se instaura, impõe ao Eu ameaças. Quem está ameaçado nessas circunstâncias, é o Eu, pois é o corpo que morre, mas é o Eu quem teme as perdas. Considerando o Ca, os seus significados e seu tratamento, essa ameaça consegue ser ainda mais efetiva. Enquanto o corpo estiver vivo, a ameaça de morte é vivida pelo ego como ameaça de perda de seus objetos. Como perda, implica um luto, não só do órgão, mas de experiências e fantasias que possam estar associadas a ele como representante simbólico. No Ca de mama, esta ameaça é manifestada como uma fragmentação da identidade, tanto resultado do ataque narcísico que significará a perda da mama [acrescento aqui, do esquema corporal, da imagem corporal, de atributos femininos, etc.], quanto do reconhecimento do Ca como ameaça de morte futura (ZECCHIN, 2004).

De forma que, entre o diagnóstico e a cirurgia, é somente o ego quem vive as ameaças. O corpo aparece descompromissado, mesmo se tratando de um dado de realidade, como de fato é a doença comunicada pelo médico.

A experiência somática não aparece, até que uma marca física se faça ou um alerta estrutural se registre. Depois do comunicado da doença, que uma espécie de estado de estranhamento pode ocorrer entre o que ouviu e o que ainda não sentia como doença, deixando a impressão clara da dificuldade de se reconhecer imediatamente como doente, quando o corpo (soma) esta aparentemente sem lesão (ZECCHIN, 2004).

(...) é fundamentalmente o ego que fica ameaçado de morte. Se vivemos no corpo a ameaça de perder a vida, para o ego, na alma, ficamos ameaçados de perder as referências, a identidade, objetos que nos são caros. Depois de constituído o eu, ele sempre ficará submetido às ameaças da instabilidade da vida (Zecchin, 2004, p. 92).

Assim, a realidade do corpo doente, seja anatomicamente ou captado em função do envelhecimento e/ou desgaste físico, implica na captação de outra realidade, a finitude, um comprometimento com a renúncia, com o luto e a morte (AULAGNIER, 1990).

Essa é a justificativa pela qual quem deseja viver, registra como primeira preocupação a sobrevivência do corpo, mas que, a partir do distanciamento dessa ameaça concreta, uma outra preocupação pode ganhar um lugar de perturbação, a vitalidade do corpo que sobreviveu ao Ca. Pois o funcionamento do sujeito, regido pelo princípio do prazer, não se satisfaz com uma sobrevivência somática. Após garantir a vida (se é que essa garantia é possível), o segundo passo é garantir uma qualidade de vida ou que essa vida tenha vitalidade, como prefere-se chamar.

Então, independente da recuperação de atributos femininos perdidos, unhas, pele normal e até mesmo, a mama, uma marca foi feita no corpo de quem viveu o Ca. E esta, possui repercussões no desenvolvimento do sujeito. Trata-se do trauma do adoecimento. Uma marca que pode até não “aparecer” e não ser concretamente tocada, embora muitas vezes esse registro exista,

mas seguramente registra-se no corpo psíquico de quem vivencia (DUARTE e ANDRADE, 2003).

Todo este conteúdo é útil para respaldar que o Ca de mama atinge primordialmente o “corpo”. Um “corpo feminino”, afetando, portanto a “imagem corporal” da mulher.

A IMAGEM CORPORAL

Este capítulo tem o propósito de abordar a questão da imagem corporal atravessada pela doença, a partir das considerações a respeito do tratamento do Ca de mama, suas alterações e seqüelas no esquema corporal e na imagem corporal da mulher.

Os autores da Psicanálise trabalham bastante com o conceito de imagem corporal. No entanto, para este trabalho se utiliza da concepção de Dolto (2002) que, semelhante a Schilder¹⁴ (1999) distingue a imagem corporal de esquema corporal, sem desconsiderar as contribuições de diversos autores, mas, sobretudo destes citados, relacionando a imagem do corpo com a afetação do Ca de mama, à feminilidade.

Convém considerar a princípio que, tanto imagem corporal, como esquema corporal, referem-se a representações mentais, mas que são elaboradas em níveis diferentes no cérebro (MELLO FILHO, 1992; SOUSA, 2007). Nelas incluem-se as diferentes estruturas orgânicas do homem, suas funções reais e seus significados sócio-culturais, pois tem um papel básico e decisivo na integração física e psicológica. Ambas as representações favorecem a formação da identidade corporal e orientam o sujeito no mundo, embora sejam diferentes (Sousa, 2007).

De acordo com Schilder (1999), o conceito de esquema corporal é oriundo da neurologia, diferente do conceito de imagem corporal que além de se referir ao próprio corpo, também expressa a condição de subjetividade desenvolvida a partir de diversas influências, ao longo da vida do sujeito.

O esquema corporal é conotado como uma estrutura neuromotora que possibilita ao sujeito estar consciente de seu próprio corpo anatômico, ajustando-o as solicitações de situações novas e desenvolvendo ações de forma adequada (RODRIGUES, 1987).

É o esquema corporal quem sustenta a imagem do corpo e essa relação é que permite a comunicação com outrem. Todo contato do sujeito com

¹⁴ Existem autores que percebem uma confusão teórica dos aspectos de imagem corporal e esquema corporal em Schilder, pois ora parecem como iguais e ora, distintos. Contudo, não partilho dessa opinião e considero que este é muito mais um problema de tradução do que de um “furo” teórico do autor.

o mundo, seja com um outro, ou com qualquer coisa, seja objetos, é subtendido pela imagem do corpo, pois está mergulhada no narcisismo, no passado inconsciente ressoado na relação presente. Por isso, o esquema corporal é o mesmo para todos, especifica o sujeito enquanto representante da espécie. Trata-se de uma realidade de fato. No entanto, a imagem do corpo é singular, própria de cada um. Trata-se da memória inconsciente daquilo que é vivido e que se atualiza no momento vigente, de forma dinâmica (DOLTO, 2002).

A abordagem psicomotora traz importantes contribuições para conceituação de imagem e esquema corporal. Vayer (1973) entende que a motricidade e o psiquismo estão fundidos, sendo indissociáveis de uma mesma organização. Segundo ele, a experiência corporal está no centro do desenvolvimento do eu, sendo composta pela interação dos esquemas corporais (experiência do corpo como objeto em uma situação espacial bem definida), dos valores corporais (experiência do corpo com um símbolo do Eu e como ator das relações com o mundo e os outros), e dos conceitos corporais (conhecimento topográfico e intelectual do corpo).

Este autor diferencia imagem corporal de esquema corporal, tal como Schilder (1999) e Dolto (2002). Para ele, esquema corporal corresponde à organização das sensações relativas ao próprio corpo, os dados do mundo exterior. Essa definição dá espaço para duas vertentes de atividade motriz, uma sendo a atividade tônica (voltada para o próprio sujeito), e a outra a atividade cinética (voltada para o mundo exterior). Já a imagem corporal, é o resultado do complexo de toda atividade cinética. É a síntese de todas as mensagens, estímulos e ações que permitem ao sujeito se diferenciar do mundo exterior e tornar-se com seu Eu, o sujeito de sua existência.

Vayer (1973), semelhante a Dolto (2002), mostra que concebe a subjetividade como a base da imagem corporal, e esta, é formada por meio do contato, da inter-relação, através do outro, ao mesmo tempo que é ela quem diferencia o sujeito do mundo externo (SCHILDER, 1999).

Segundo Schilder (1999) a imagem tem base fisiológica, libidinal e social. Assim, estamos suscetíveis a sensações musculares, das inervações e das vísceras e, impressões táteis, térmicas e de dor. A base fisiológica da

imagem corporal tem como base o modelo postural do corpo, em que a função plena dos nervos periféricos garante a localização exata dos estímulos. A estrutura libidinal está ligada ao narcisismo e ao amor pelo próprio corpo, e sua formação se dá paralelamente ao desenvolvimento das percepções do pensamento e das relações interpessoais, nas quais as influências das emoções alteram o valor relativo das diferentes partes da imagem corporal, podendo haver perdas de sensação ou o esquecimento de um membro, alterações da percepção da gravidade ou em função de sensações anormais causadas pelas doenças. Já a base social, ocorre pelo intercâmbio contínuo entre partes de nossa imagem corporal e das imagens corporais dos outros, determinado pelo fator de proximidade ou afastamento espacial ou emocional.

Assim, Schilder (1999) entende por imagem do corpo a figuração deste formada na psique ou, de outra forma, o modo como o corpo se apresenta mentalmente para a própria pessoa. É a figuração ou representação mental do Eu, através do conjunto de sensações sinestésicas construídas pelos sentidos (audição, visão, tato, paladar, olfato), advindos de experiências vivenciadas e significadas pelo sujeito.

Dolto (2002) acrescenta que a imagem corporal é a memória inconsciente do vivido relacional. É atual, dinâmica, narcísica e inter-relacional. É pelo narcisismo que se torna possível emitir representações, uma vez que se articula o que já é marca com a experiência atual. De forma que, a imagem do corpo é o resumo das vivências emocionais de um sujeito.

Então, o conceito de imagem corporal engloba o conceito de esquema corporal, entretanto, o ultrapassa, uma vez que são acrescentadas variáveis afetivas, sentimentos, emoções e valores, configurando a imagem corporal como um fenômeno multidimensional, que vai além da definição mental constituída por elementos conscientes e inconscientes que se integram (KRUEGER, 1990; SCHILDER, 1999; NASIO, 2001; DOLTO, 2002; SOUSA, 2007).

A representação da imagem corporal se inicia na infância e é transformada e modificada constantemente pelo sujeito. Cada pessoa elabora a seu modo a imagem de seu próprio corpo, acentuando ou modificando as diferentes partes em função de todas as suas vivências passadas e presentes.

Assim, ela não é só inconsciente, mas permeia o consciente, sendo construída, principalmente, tomando como referência o corpo de outras pessoas e a qualidade da relação entre elas, em especial, da mãe ou da figura materna, e dos pais, ou das figuras parentais e familiares (CAMPOS,1995; SCHILDER, 1999, NASIO, 2001; DOLTO, 2002; SOUSA, 2007).

Dessa forma, é possível concluir que a imagem do corpo não existe a priori para a pessoa, ela se constrói e existe somente na relação com outro. Entende-se que Dolto (2002) avança no conceito de imagem corporal de Schilder quando diz que a imagem do corpo esta a todo tempo ligada ao crescimento da relação da criança com a mãe e com os outros, sempre de forma transferencial.

Até a experiência com o espelho, a criança somente se via por intermédio do outro (mãe). A partir dessa fase, ela já possui a capacidade de se ver usufruindo de suas próprias habilidades já desenvolvidas. Ela era aquilo que os outros viam dela "*(...) Antes de se reconhecer na imagem do espelho, a criança se vê no outro e nos outros*" (NASIO, 2001, p. 142). Por isso, a imagem inconsciente do corpo não trata de uma imagem que se possa ver, e sim "*(...) a fantasia das relações afetivas e eróticas com a mãe, das relações eróticas que foram castradas*" (NASIO, 2001, p. 136).

De acordo com Nasio (2001), depois da prova do espelho, a imagem do corpo fica definitivamente inconsciente, não é rejeitada, tampouco perdida, mas radicalmente recalçada. Por conta disso, o estágio do espelho ou a experiência especular é uma prova, uma castração, equivale a uma perda dolorosa. A castração resulta em não mais poder escolher o modo como quer se ver. Por isso, a visão do próprio corpo no espelho é uma provação para a criança, pois ela passa a ver a si mesma sem o auxílio de outra pessoa. A castração em voga é o choque de se deparar com uma imagem mais contínua e firme, menos instável (DOLTO, 2002).

Entretanto, o sentimento de existir, vem primeiro do "outro- espelho" depois do espelho literal. Sem o reconhecimento primeiro do outro, reconhecer-se no espelho não é possível. É o aspecto relacional e simbólico desta experiência que importa. A imagem inconsciente do corpo só se constrói através do outro. Ela só existe no estabelecimento da relação com alguém

significativo para o bebê. Esta construção se torna possível a partir da díade mãe-bebê, que advém da imaturidade biológica e relacional da criança, da sua incapacidade de bastar a si mesma, o que provoca uma necessidade vital de se relacionar com os outros, para estabelecer trocas efetivas e afetivas.

Então, a falta da relação com outro, quer se trate da mãe ou de outra pessoa mediadora, pode ser dramática para a criança, isto porque a imagem do corpo não existe sem um outro (NASIO, 2001).

Segundo Krueger (1990) e Cash e Pruzinsky (2002) devem ser considerados o rol de situações e os contextos emocionais na experiência dinâmica da imagem corporal na vida cotidiana, isto é, os atributos psicológicos e as características físicas do momento, pois a imagem corporal é uma série cumulativa de imagens, fantasias e significados sobre o corpo e suas partes e funções. Sua construção da imagem é processual, se dá e se reformula regularmente. Pode ser ora positiva, ora negativa, coerente ou incoerente, dependendo da fase que se vivencia (NASIO, 2001).

A consciência e o reconhecimento de valores ou funções, atribuídos pela cultura, a cada parte e ao todo da estrutura física, compreende os valores e os significados sociais, portanto diz respeito a noção de imagem corporal (MELLO FILHO, 1992).

Então, a representação da imagem corporal se dá através dos sentidos, do contato do sujeito com o meio externo e com os outros, sendo influenciada ainda pelas exigências com o corpo expressas pela cultura, que variam ao longo da história, de uma sociedade para outra (BRANDÃO ET AL, 2004).

De acordo com Sousa (2001), a moda e a beleza física são valores importantes para analisar a formação da imagem corporal, pois as considerações relevantes de um corpo estão vinculadas às organizações socioculturais em que o sujeito está inserido, logo, configuram a imagem corporal na psique humana.

O aumento da reprodução de imagens através da mídia tecnológica incide na formação de imagens em nossas psiques, e a propagação de imagens de corpos jovens e perfeitos estimula a busca de corpos ideais objetivando uma validação externa (SOUSA, 2007, p. 29-30).

De acordo com Russo (2005), como numa criação sociocultural, num corpo se inscrevem idéias, crenças e imagens que se fazem dele.

Assim, se a imagem dominante, valorizada for de uma pessoa magra, emagrecer será o ideal de todos. Se no Brasil, mulher tem que ter mamas, não tê-las, pode ser frustrante. De forma que os juízos de valores, as regras sociais e culturais vão ser introjetadas a partir da construção interna psíquica, aliada ao ambiente social.

(...) a estruturação da imagem corporal também ocorre pela inter-relação com as representações culturais vigentes no momento. Assim, a cultura midiática se encarrega de criar desejos e reformular imagens pela exaltação da beleza física e juventude por meio de rígidos modelos estéticos, que logo se tornam obsoletos (SOUSA, 2007, P. 172).

Considerando que a imagem corporal inclui a representação afetiva do próprio corpo, esta representação está associada com a autoconfiança e com a auto-estima de cada pessoa. Assim, a imagem corporal é marcada ainda pela relação (através do olhar do outro) e por fatores sócio-culturais, determinada pela moda e pelos padrões de beleza de cada sociedade (MONTEIRO E SANTOS, 1995).

Com isso, o desenvolvimento da imagem corporal se dá de acordo com o reconhecimento da consciência (introjeção de valores). Em detrimento disso, o conceito transcende os aspectos que a formam, já que configura um corpo representado, que abrange múltiplas dimensões de forma singular (VAYER, 1973; BRANDÃO ET AL 2004; SOUSA, 2007).

A experiência de culpa em relação ao sexo, a existência de traumas físicos e doenças e o impacto das atitudes parentais em relação ao processo corporal, a sexualidade e a integração das experiências emocionais de excitação sexual são definitivos na formação da imagem corporal. Indivíduos que se sentem desconfortáveis na aparência física têm dificuldades na expressão e contato sexuais, assim como problemas com a imagem corporal diminuem o desejo, levam a aversão e esquiva, ocasionam ansiedade sexual e impedem a excitação ou o orgasmo (SOUSA, 2007, P. 49-50).

As alterações e mudanças na imagem corporal acontecem, principalmente em momentos de crises, como por exemplo, as doenças. O corpo, na dimensão do esquema corporal, é afetado ao mesmo tempo em que, na forma passiva ou ativa, a pessoa será afetada também em sua imagem corporal (DOLTO, 2002).

A condição que dificulta o desenvolvimento satisfatório da imagem corporal é primordialmente a estimulação corporal inadequada ao bebê. No processo de socialização introduzido desde a primeira relação (mãe-bebê) ocorrem o reconhecimento e aceitação das limitações corporais que ganham significados de diferenciação e amadurecimento. A inadequação se dá pela falta de desejo da mãe para com o bebê, ou pelo fato desta não ter uma imagem corporal estável e coesa, conseqüência de uma identidade corporal pouco diferenciada (MACDOUGALL, 1989).

Então, existe uma inter-relação da construção do ego e da organização de uma imagem corporal coesa. Esta se forma pela integração das vivências perceptivas, sob as forças externas e internas do corpo. A inadequação na estimulação corporal no início da vida pode comprometer o desenvolvimento satisfatório da imagem corporal, a começar por uma mãe pouco afetiva ou um ambiente “precário” (MACDOUGALL, 1989; WINTER, 1997; NASIO, 2001, DOLTO, 2002; TAVARES, 2003).

Contudo, situações adversas tais como doenças, amputações, traumas, deficiências neurológicas, modificações rápidas no crescimento, relações sociais e afetivas inapropriadas e situações de perda, entre outros, também podem dificultar a vivência de experiências corporais positivas (TAVARES, 2003; SOUSA, 2007).

(...) a presença de relações interpessoais satisfatórias e gratificantes facilitaria a integração de experiências e, conseqüentemente, estruturaria uma imagem corporal de melhor qualidade, proporcionando bem-estar emocional. Por outro lado, desajustamentos interpessoais poderiam inibir a integração destas experiências, gerando angústia, baixa estima e, em alguns casos, levando ao superinvestimento corporal, ou mesmo facilitando a formação de transtornos de imagem corporal ou outros transtornos psíquicos (SOUSA, 2007,p. 172).

Portanto, a imagem corporal atravessada pela doença apresenta muito mais do que questões relacionadas á ameaça de perda de vida, mas a perda de um corpo anímico, isto é, da **qualidade de vivências**, que se refere à mudança do esquema e da imagem corporal antes e depois do corpo ter sido atravessado pela doença.

A imagem corporal das mulheres com câncer

O Ca de mama é uma doença que apresenta repercussões na configuração da imagem corporal, não só eu atinge o esquema corporal significativamente, mas por além disso, promover os desajustamentos intra e inter pessoais

As alterações advindas com o Ca de mama podem causar dor e sofrimento para as mulheres. As dificuldades físicas e emocionais decorrentes da alteração do esquema corporal surgem paulatinamente, após a cirurgia e o tratamento, e no retorno à rotina diária. Estão relacionadas a vida conjugal, a sexualidade e a imagem corporal (DUARTE E ANDRADE, 2003; FERREIRA E MAMEDE, 2003; GARCIA, 2006).

Os estudos em relação à imagem corporal da mulher com Ca de mama postulam que a imagem e esquema corporais são comprometidos com à mastectomia, pois psiquicamente lhe é exigido que retire seus investimentos libidinais da mama para que possa adaptar-se à sua nova condição. Neste período, a mulher passa pelo enlutamento, no qual procura elaborar a perda e aceitar sua nova imagem corporal, acarretando sentimentos de tristeza e estranhamento (TARRICONE 1992; FERREIRA E MAMEDE, 2003; GARCIA, 2006; PINTO E MARTINS, 2006).

Elas apresentam sentimentos de insatisfação e não aceitação do corpo sem a mama, acompanhados de sentimentos de auto-depreciação. O contato com o mundo externo desperta nas mulheres mastectomizadas uma série de fantasias e medos, e ainda, o temor em serem percebidas como “doentes”, pois a cicatriz cirúrgica desvelava uma realidade sofrida (DUARTE E ANDRADE, 2003).

Seus corpos costumam ser representados como mutilado, com sensação de perda de pedaços, alterado e estranho, identificando-se com sentimentos de tristeza, estranheza e preocupação com a evolução de seu pós-operatório, além de sensações de impotência (representada pela impossibilidade de mudar a indicação da mastectomia e de decidir sobre seu próprio destino, como a necessidade de fazer quimioterapia), e ainda, de dor e limitação, pela necessidade de cuidados (FERREIRA E MAMEDE, 2003).

As mulheres referem ainda sentimentos de impotência, em não poder cuidar de suas famílias, além de ter que desenvolver uma relação de dependência para os cuidados para consigo mesmas. Elas acreditavam que a dependência aos outros se restringiria ao período de internação e que ao retornarem aos seus lares, seus papéis domésticos (cuidados com os filhos e marido) poderiam ser retomados. Entretanto, perceberam dificuldades, como dor e limitação (FERREIRA E MAMEDE, 2003).

Considerou-se que as limitações do corpo atenuam a repercussão do procedimento cirúrgico mutilador, seja a mastectomia, ou qualquer mutilação. As limitações terão suas especificidades de acordo com o órgão retirado, mas seja como for, o sujeito carregará consigo o luto de uma imagem corporal e o processo de configuração de uma nova imagem, caso a faça.

Ferreira e Mamede (2003) fizeram ainda, considerações a respeito da dor fantasma, mencionada por algumas mulheres. Sobre isso, Schilder (1999), revela que a amputação e/ou dor, remete o sujeito a se deparar com um corpo incompleto, diferente do habituado. O membro fantasma é a rejeição da nova configuração do corpo. Ele nasce na tentativa de manter a integridade de corpo formando anteriormente.

A experiência de Zecchin (2004) diz que é muito comum que as mulheres se instalem na dimensão do esquema corporal, sem atingir a imagem corporal, que exigiria novas representações. Mas considera ser possível que outras passagens da vida da mulher tenham ficado na dimensão do esquema corporal sem atingir ativamente sua imagem de corpo, produzindo novas representações: *“A intimidade com o próprio corpo passa pela possibilidade de se construir a história vivida, a qual será constantemente refeita por novas representações”* (ZECCHIN, 2004, p. 94).

Este fato pode ser constatado através da recapitulação da história do Ca de mama, onde por um tempo, o auto-exame de mama foi considerado como uma das principais formas de prevenção do Ca. Entretanto, seu índice de prática nunca foi considerável.

Gonçalves e Dias (1999) identificaram as crenças e referentes modais salientes de mulheres de baixa renda, relativo ao comportamento alvo

“praticar o auto-exame de mama¹⁵”. Os resultados indicaram crenças comportamentais que foram categorizadas em positivas e negativas, entre as últimas: confiança médica (só o médico é detentor de conhecimentos e habilidades relacionadas à saúde), incapacidade de fazer o auto-exame de mama (dificuldade em diferenciar alterações próprias da mama de nódulos mamários) e temor a doença (Ca como sinônimo de morte).

De uma forma geral, a amostra pesquisada percebeu mais vantagens do que desvantagens em relação à prática do auto-exame da mama, o que induziu a concluir que o baixo nível educacional da amostra é uma das causas da falta de conhecimento e de prática do auto-exame.

No entanto, considera-se que a falta de conhecimento, obviamente leva a falta da prática, mas a princípio, não é viável considerar que o conhecimento justifica a prática. Entende-se que o movimento das mulheres em não aderir à prática do auto-exame não deve se reduzir ao simples conhecimento de que são capazes de manipularem seus próprios corpos com competência, como bem a pesquisa coloca. Em segundo lugar, não se sabe o quanto o nível educacional ou intelectual tem a ver com percepção corporal ou a incapacidade de notar alterações físicas estruturais no corpo.

O médico é capacitado para entender o esquema corporal de uma mulher, mas não a imagem que ela configura no seu psiquismo. Mulheres que se configurem como incapazes de saber de seus próprios corpos mais que um médico, e de permitir a ele a manipulação do mesmo, parecem revelar mais do que desconhecimento sobre seu esquema corporal (estrutura física da mama, por exemplo), mas sobre sua imagem corporal.

Um estudo sobre a ansiedade caracteriza o papel do conhecimento sobre o novo esquema corporal e suas implicações depois da mastectomia. Medeiros e Nunes (2001) verificaram os efeitos de um vídeo informativo sobre a rotina da semana de internação, como suporte para lidar com a ansiedade de mulheres com Ca de mama submetidas à mastectomia. Os resultados

¹⁵ Vale lembrar que este estudo data de 1999, quando a prática do auto-exame ainda consistia como uma das formas mais adequadas de se prevenir do Ca de mama. Atualmente, é por via de aparatos científicos, como a mamografia e a ultra-sonografia, os meios mais seguros de se detectar tumores mamários, pois quando estes já estão possíveis de serem localizados via exame físico, sinaliza que já se encontram em estados avançados.

revelaram aumentos dos índices de Estado de Ansiedade no grupo controle na comparação pré e pós-operatória, embora no período pré-operatório não tenha havido diferenças significativas. Concluíram que esses achados indicam a utilidade do vídeo de informação com vistas ao bem-estar das pacientes no pós-operatório.

Considerou-se que mais do que representar um recurso de auxílio no bem-estar, por conter informações esclarecedoras sobre parte do tratamento, neste caso, o cirúrgico, o vídeo revelava também o modo como seus corpos seriam manipulados durante a vivência hospitalar. E, contribuiu para alertar sobre a proximidade da idéia de mudança no esquema corporal e na imagem corporal, pois essas cirurgias, seja mastectomia, esvaziamento axilar e/ou quadrantectomia, interferem no esquema corporal, bem como na sua imagem de mulher¹⁶.

A cirurgia mamária sucinta nas mulheres, segundo Pinto e Martins (2006) sentimentos de incapacidade, falta de energia e confiança em si. Após a cirurgia 80% das mulheres expressa descontentamento com seu próprio corpo, sendo que destes, 40% ainda apresenta desorganização do esquema corporal em decorrência da cirurgia.

Os dados desta pesquisa mostram que 80% das mulheres possuem imagem corporal negativa após a cirurgia de Ca de mama. Em contrapartida, 20% afirma estar mais satisfeita com o próprio corpo. A percepção negativa do corpo é ora relacionada à sensação de mutilação corporal, sendo que a mulher acaba evitando o contato com esse novo corpo (40%); e ora com a insatisfação com as novas formas assumidas pelo corpo. Porém tal insatisfação não está ligada diretamente à perda do seio (40%). 100% das mulheres sentiram-se menos bonitas como resultado da doença ou tratamento, 80% referiu se sentir insatisfeita com o próprio corpo, tendo dificuldade em se observar nua.

Assim, Pinto e Martins (2006) concluíram que a perda da mama é desorganizadora do esquema corporal, levando as mulheres a sentirem-se feias, menos femininas e descontentes com seus corpos. Apresentando

¹⁶ Quando é feita a reconstrução da mama as alterações são ainda mais extensas. Trata-se de uma grande incisão abdominal onde os músculos retroabdominais são seccionados, para fazer enxerto.

dificuldades de estabelecer relacionamentos com o outro, expressando-se afetivamente sempre como uma forma de obter aprovação, permeada pelos sentimentos de insegurança e medo. As autoras entenderam que a mastectomia provoca modificações na imagem corporal da mulher e que esta interfere na “qualidade de vida”¹⁷ da paciente.

A importância do outro no processo de formação e integração da imagem corporal pode ser averiguada na pesquisa de Garcia (2006). Os dados obtidos relativos à imagem corporal, tinham relação com o olhar do outro (parceiro sexual, familiares, sociedade) e o olhar sobre si mesma (auto-cuidado, visão no espelho, iniciativa de reconstrução mamária, etc.). A autora concluiu que o impacto da mutilação na vida das mulheres é agravado pela ausência de cuidados de saúde apropriados, mas que a instituição (ADAMA) favorece o empoderamento dessas mulheres, amenizando a dissociação com as suas imagens corporais.

Este fato mostra que o olhar do outro ou a dimensão social é importante na representação mental que cada pessoa faz de si mesma, tanto para dificultar a constituição dessa imagem como para favorecê-la.

Duarte e Andrade (2003) notaram que mulheres mais sociáveis tornaram-se reservadas depois da mastectomia.

Para a maioria delas [mulheres mastectomizadas], a vergonha as impede de olhar e mostrar seus corpos. A desvalorização da auto-imagem corporal aumenta a baixa auto-estima. Os relacionamentos com os maridos/companheiros ou namorados, mesmo se bons, pioram pela falta de desejo sexual (GARCIA, 2006, p. 22).

Enfim, os dados das pesquisas (FERREIRA E MAMEDE, 2003; TARRICONE 1992; AMORIM, 2006; GARCIA, 2006; PINTO E MARTINS, 2006; ZECCHIN, 2006) mostram que a imagem corporal de mulheres com Ca de mama está, em sua maioria, ligada ao procedimento cirúrgico que afeta a mama, mastectomia ou quadrantectomia, porém a imagem corporal dessas mulheres é profundamente afetada pelas outras formas de tratamento. Observa-se que

¹⁷ As autoras consideraram a definição de qualidade de vida proposta pela Organização Mundial da Saúde (1982), que é a de “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

embora a mastectomia tenha um “poder” de afetação impactante, momentos como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia apresentam efeitos relevantes, no entanto pouco retratados nas pesquisas sobre a imagem corporal dessas mulheres. Até mesmo a sexualidade é um item que só apresenta ligação com a perda da mama ou a mastectomia, como se o processo de mal-estar e as outras perdas sucessivas do tratamento, que configuram um esquema corporal diferente, bem como as medicações, não atuassem ou interferissem na prática e na satisfação sexual da mulher.

As preocupações com o corpo das mulheres mastectomizadas vêm após a retomada das relações sociais. Os temas relacionados a sexualidade surgem após a cirurgia e revelam nitidamente as dificuldades em se adequar a uma nova situação, a perda da mama e os comprometimentos que este acontecimento promove em todos os âmbitos da vida (DUARTE E ANDRADE, 2003).

Tavares e Trad (2005) verificaram que o sofrimento causado pelas repercussões da mastectomia e da quimioterapia para auto-imagem da mulher e da sexualidade do casal é reconhecido, tanto pelos portadores da doença, como pelos seus familiares. Notaram também, que o temor à mudança corporal, é semeado tanto nas mulheres vitimizadas, como naqueles a quem se vincula (familiares, amigos, vizinho, etc).

A mastectomia causa uma reação de horror quando se visualiza a pele colada nas costelas. É uma imagem que impõe à mulher, ao médico e a qualquer outro, o contato com uma parte da realidade desta experiência viva de uma perda mutiladora que implica na alteração do esquema corporal desta mulher, trazendo comprometimentos que necessitam ser introjetados a imagem corporal (ZECCHIN, 2004, p. 37).

Ainda com relação a sexualidade, Pinto e Martins (2006) verificaram que 100% das mulheres de sua pesquisa mantiveram relacionamentos sexuais após a cirurgia, porém a percepção da qualidade destes foi diferente: 60% não referiram mudanças na qualidade de seus relacionamentos, enquanto 40% consideraram-nos como havendo piorado após a mastectomia. Verificaram também que todas as mulheres apresentaram repressão dos impulsos sexuais, acreditando-se não ser mais capaz de obter prazer por esta via e também proporcionar prazer ao companheiro. 80% apresentaram perturbações no desejo

sexual, sendo que 60% destes afirmaram não ter sentido desejo nas últimas 4 semanas e 20% afirmaram sentir pouco desejo. Com relação à frequência das relações sexuais prevaleceu o item não ter mantido relações nas últimas 4 semanas ou ter tido pouco, 40% referiu não ter sentido prazer nestas relações.

A percentagem de mulheres que refere insatisfação com sua vida sexual torna-se altamente significativa à medida que se considera a vida sexual como um dos fatores de reabilitação da mulher e um dado importante sobre a vitalidade do corpo. Os relatos obtidos envolvem sentimentos de repugnância ao ato sexual, além de falta de motivação para a realização do mesmo. A retirada da mama acompanha sentimentos de perda da feminilidade e desesperança na sexualidade, uma vez que seu potencial sexual é modificado, prejudicando sua crença na capacidade de atrair e seduzir seu companheiro, implicando em dificuldades de relacionamento com este (MEDEIROS, 2003; TARRICONE, 1992; PINTO E MARTINS, 2006).

As alterações do próprio corpo implicam também em transformações afetivas, refletidas na forma de como as mulheres percebem a si mesmas e na forma de viverem a vida. O processo de (re)adequação da sexualidade a esse novo referencial de corpo ocorre lentamente (DUARTE E ANDRADE, 2003, p. 162).

Amorim (2006) constatou que os sentimentos relativos a mastectomia acompanham as mulheres mesmo tendo se passado muitos anos depois, e a perda está intimamente ligada à imagem corporal.

Ao representarem o corpo como mutilado, as mulheres revelam que incorporação da mudança corporal se dá por uma adaptação contínua e gradativa, embora a mastectomia desconstrua o esquema corporal de maneira abrupta (FERREIRA E MAMEDE, 2003; DUARTE E ANDRADE, 2003).

De acordo os estudiosos dessa área (JEUDY, 2005; ARAÚJO, 2000; AMORIM, 2006) a incoerência entre a aparência/esquema corporal e a auto-representação/imagem corporal pode ocorrer desde o nascimento até a morte e fica registrada na memória corporal do sujeito. Por isso a mulher necessita de um tempo para assimilação e incorporação da nova imagem corporal.

Mas aceitar a nova condição, (adaptação da nova imagem do corpo) exige um esforço muito grande para o qual, as mulheres não estão preparadas, pois a configuração da imagem corporal foi assimilada durante a vida, mas a

desconfiguração vai ser formada abruptamente com o procedimento cirúrgico e gradativamente com as formas de tratamento (REGIS E SIMÕES, 2005; AMORIM, 2006).

Assim, a mastectomia não promove apenas uma mudança no esquema corporal, mas pode também, uma mudança na imagem corporal, aliada a uma série de alterações que tratamento do Ca provoca. Enquanto a mudança no esquema corporal é imediata, a assimilação da mudança na Imagem Corporal é paulatina, permeada pela questão do tempo (e pela vivência da experiência especular primitiva), mas não necessariamente - (DUARTE E ANDRADE, 2003; FERREIRA E MAMEDE, 2003; AMORIM, 2006).

Percebeu-se que a perda da mama, resultado do método de tratamento cirúrgico, e do cabelo, resultado das sessões quimioterápicas, configuram-se como as principais dificuldades das mulheres com Ca de mama em lidar com o próprio corpo. O espelho literal intermedia o primeiro contato com o corpo da mulher, por isso, a princípio as mulheres evitavam se olhar no espelho (DUARTE E ANDRADE, 2003; FERREIRA E MAMEDE, 2003).

Nestes casos, a cirurgia plástica é referendada como o caminho de recuperação do espaço corporal perdido, mesmo entendendo a cirurgia como um ato agressivo, porém uma possibilidade de voltar a se olhar (FERREIRA E MAMEDE, 2003).

Percebeu-se através dos dados pesquisados sobre imagem corporal e mulher com Ca de mama, que a relação entre ambas está intimamente estabelecida com o tratamento desta doença, mas especificamente com a cirurgia. De forma que no caso desta doença, são os seus métodos de tratamento, em geral, e não a doença em si, que atingem o esquema corporal da mulher e que induzem a re-configuração da imagem corporal.

Brandão et al (2004) avaliaram a imagem corporal de idosos com Ca fora de perspectivas terapêuticas de cura e as associações com a representação da doença e o quanto se encontravam adaptados ou não às limitações trazidas pela mesma. Os resultados mostraram que esta população não teve inviabilizada sua percepção das possibilidades de adaptação às limitações do quadro clínico, nem sua qualidade de vida. Segundo os autores, esses resultados surpreenderam.

Contudo, a literatura das pesquisas sobre pacientes oncológicos mostra que a primeira preocupação, ao receber o diagnóstico, é preservar a vida. Sendo a pesquisa realizada com pacientes fora de perspectivas de cura, essa preocupação parece ser ainda mais primordial. Além deste fato, os resultados não poderiam apontar para considerações de grandes mudanças na imagem corporal, pois o tratamento, a via pelo qual a mudança do esquema corporal sucede, não era viável, já que o prognóstico também não. Assim, uma vez que é justamente o tratamento de Ca (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, etc) que promove as mudanças do esquema corporal, os dados não deveriam surpreender, já que este não foi efetuado.

Considera-se então que o tratamento de Ca ganha o status de doença por ser o viés por onde o corpo é afetado (esquema corporal), quando na maioria dos casos é a doença que possui esse potencial. O Ca apresenta ainda, especificidades, como uma evolução rápida, o que o torna muitas vezes silencioso, resultando no fato de que a desorganização da imagem corporal só torne-se efetivada quando o tratamento começa, embora não seja necessário uma alteração de fato no esquema corporal para que a imagem corporal se desconfigure.

De acordo com Duarte e Andrade (2003), as mulheres que conceberam que suas vidas sofreram uma série de modificações pós-cirurgia, interferindo sobremaneira no modo como se sentem em relação a si mesmas e no modo como vêem a vida apresentavam mais sintomas de depressão. Esta relação denota não só as conseqüências profundas da mutilação (mastectomia), mas, sobretudo, as marcas psíquicas dessa alteração na imagem e no esquema corporal.

De acordo com Sousa (2007) a supervalorização do corpo e da imagem visual pode ser um elemento na promoção de alterações na forma de experimentar o próprio corpo, características de transtornos psiquiátricos comuns na atualidade.

A não integração da alteração do esquema corporal a imagem corporal pode gerar sofrimento psíquico, expresso, por exemplo, na depressão, quadro muito associado a mulheres que fazem tratamento de Ca mama

(DUARTE E ANDRADE, 2003; FERREIRA E MAMEDE, 2003; AMORIM, 2006; PINTO E MARTINS, 2006).

Além da depressão, outras formas de sofrimento psicológico podem ser evidenciadas em mulheres com Ca de mama. De acordo com Pinto e Martins (2006), 72% das mulheres apresentaram altos níveis de tensão emocional, sendo que deste percentual, 80% sentiram nervosismo; 60% muita preocupação e 80% irritabilidade. Com relação aos índices de depressão, 40% apresentou características do quadro. 100% mostraram sentimentos de preocupação com a saúde futura.

As alterações da imagem corporal estão relacionados ainda a diminuição da autoconfiança e da auto-estima, além do estresse em alterar hábitos de vida, acompanhados de sentimentos de lamento, vergonha e profunda tristeza, sendo a depressão mais comum em mulheres solteiras (AMORIM, 2006).

No quadro depressivo pode-se relatar que sujeitos deprimidos vêem sua aparência de forma mais negativa que aqueles não deprimidos. A relação entre a alteração da imagem corporal e o sintoma depressivo pode variar desde preocupações com a aparência, em pacientes com auto-estima rebaixada, até alterações de imagem corporal com preocupações hipocondríacas, com intensidade de delírios de doença e ruína (CASTILHO, 2001).

Considerando que a preocupação esteja relacionada a aparência, ela pode está atrelada a desconfiguração da imagem corporal em função das alterações do esquema corporal. Estariam elas ligadas às questões da feminilidade, uma vez que se trata de perdas que se referem aos atributos femininos?

Enfim, conclui-se que a imagem corporal da mulher com Ca de mama pode ter sua configuração alterada pelo diagnóstico da doença, mas, sobretudo pelo tratamento que se submete, uma vez que quase todo seu esquema corporal fica comprometido, seja por efeito direto (cirurgia) ou indireto (efeito colateral) dos tratamentos oncológicos coadjuvantes. Vejamos agora o que a feminilidade tem a ver com o sofrimento do Ca de mama.

SOBRE O FEMININO E A FEMILINIDADE

De acordo com, Kahhale (2001) a primeira **determinação do sexo** é genética ou biológica, porém existem outras formas que podem contribuir para a construção da expressão sexual de um sujeito, como as condições sociais, as culturais e as históricas. Assim, a expressão sexual é multideterminada, dinâmica e histórica, tanto no individual como coletivamente. É um processo, desenvolve-se e é construída.

Segundo a autora, o abandono da ótica direcionada apenas para a questão biológica, ligada ao sexo, ocasiona a transcendência das concepções estigmatizadoras e preconceituosas que caracterizavam as discussões sobre a sexualidade. A **categoria analítica de gênero**, que engloba a questão social e histórica da sexualidade, foi que permitiu este avanço, pois acrescentou elementos que enriquecem a análise sobre a constituição do feminino e do masculino.

Portanto, a expressão do **sexo** esta ligada a idéia genética (genótipo) e somática (fenótipo). Mas a questão de **gênero** transcende essa concepção ao fazer considerações psicológicas (autopercepção e comportamentos próprios do sujeito) e sociais (percepção cultural).

Então, sexo e gênero são categorias diferentes. O primeiro tem referencias anatômicas e fisiológicas, classificando-as, principalmente entre **homem e mulher**. Enquanto a segunda abarca a maneira como homens e mulheres assumem-se nas diferentes sociedades no transcorrer da história. Envolve a idéia de **masculino e feminino**.

A categoria de gênero revela ainda, a maneira de olhar a realidade de uma sociedade para os sexos, e isso inclui as relações que os envolve e as diferenças que implicam, no social, no cultural e nos poderes políticos, judiciários e econômicos, pois estabelecem atribuições e benefícios diferenciados conforme a genitália (JULIEN, 1997). Por isso, a sexualidade deve ser pensada a partir do campo das relações sociais, da cultura, das normas e valores da vida social.

A constituição da **sexualidade feminina ou masculina** antecede o próprio nascimento, por expressar as condições sócio-culturais e próprias do

grupos do qual faz parte. Após o nascimento, o sujeito receberá um nome, expressando um gênero (masculino ou feminino), que permitirá que ele seja tratado como tal, tanto pelos familiares quanto pelas outras pessoas de suas relações, aspectos que contribuirão significativamente para a constituição singular da sexualidade do sujeito (JULIEN, 1997; KAHHALE, 2001).

Julien (1997) coloca que a **diferença sexual** torna a sexualidade traumática (relação masculino e feminino). Porém a diferença sexual não vem somente do sexo, mas da ordem do contexto que se vive. Isto é, a questão sexual vai sempre interferir na “leitura” que se fará da constituição de gênero e na formação deste.

A imagem da conjunção sexual, de acordo com a relação penetrante-penetrado, fez metáfora que dá sentido: muito precisamente aquele da dualidade, atividade-passividade, para qualificar os valores masculinos e femininos. Assim, a virilidade seria a combatividade, o desafio da concorrência, o assenhoreamento do outro; e a feminilidade seria a doçura, ternura e o acolhimento maternal (JULIEN, 1997, p. 101).

Logo, a estrutura genética ou biológica sinaliza a constituição sexual do sujeito, mas não a determina. Ter um pênis ou uma vagina indica uma série de tratamentos e comportamentos que vão ser tidos como próprios daquele sexo, mas que vão variar conforme o costume cultural da sociedade.

Então, ao referir “**feminino**”, considera-se a categoria de gênero e não só de sexo. Trata-se de mulher (baseada nas determinações biológicas - oposto de masculino), das concepções que tratam não só de questões genéticas, hormonais, estruturais e fisiológicas, mas sociais, culturais e históricas contemporâneas.

Assim, a diferença entre “mulher” e “feminino” é que a primeira é universal, sem variação de cultura ou sociedade. A mulher vai ser mulher desde que assuma as características biológicas que seu organismo apresenta, *“quando se diz mulher, o que prevalece é o registro civil. Ela é comandada pela anatomia, desde o nascimento: quando existe o apêndice fálico, diz-se menino, quando não existe, diz-se menina”* (SOLER, 2005, p. 26). Isto é, em qualquer civilização a mulher (ausência do pênis) vai ser sempre o contrário do homem (presença do pênis).

Entretanto, o “feminino” induz a um processo, características que vão se configurando a partir do sexo. Embora algumas sejam inatas, como as

genéticas e as fisiológicas, outras são desenvolvidas, e podem ou não assumir o status ou expressão da feminilidade, depende do social e da cultura. De forma que a feminilidade é o conjunto de qualidades ou atributos próprio da mulher ou do sexo feminino, *“a essência da feminilidade escapa tanto a anatomia quanto ao registro civil, cuja proveniência pode-se questionar”* (SOLER, 2005, p. 26).

Em nenhum momento, deixa-se de utilizar o parâmetro biológico que define mulher (código genético XX, vagina, produção hormonal...), até porque são elas que inspiram as fantasias inconscientes sobre a identidade sexual. Mas acrescenta-se, sobretudo, o parâmetro social, que diz respeito aos papéis que o sexo assume na sociedade (como casar, procriar, seduzir) e cultural, que compreende não só assumir ou desenvolver os atributos que, por exemplo, a cultura brasileira elege como femininos (cabelos longos, nádegas avantajadas, mamas grandes, unhas pintadas, entre outras coisas), mas o que se prega como papel nato deste gênero.

A “constituição” feminina segundo a Psicanálise é construída e processada a partir de questões identificatórias. A percepção da castração é o requisito para torna-se homem ou mulher. O mérito de Freud foi mostrar que o instinto não é suficiente para explicar a sexualidade humana. O macho não basta para constituir-se homem, nem a fêmea para ser mulher. A sexualidade é pulsional, já que o inconsciente não conhece a biologia.

No processo de desenvolvimento do pensamento psicanalítico, a visão freudiana se amplia com as contribuições de Lacan e Klein. A mulher em Lacan (1979), embora mantenha a proposição de Freud, reforçando o pensamento de somente uma sexualidade, inclusive com uma frase polêmica *“a mulher não existe”* (p. 93), ele reformula a diferença dos sexos através dos tipos de gozos e avança nessa questão. Por sua vez, Klein (1949) apresenta uma visão da feminilidade muito pessoal dentro das escolas psicanalíticas.

Embora, **Klein e Lacan** conservem muito da base freudiana sobre a sexualidade, inclusive que o eixo da questão está no Édipo e no complexo de castração, ambos trabalham a solução edípica e a vivência da castração de forma diferente.

A **feminilidade da mulher** deriva do seu ser castrada: a mulher é aquela cuja falta fálica a incita a se voltar para o amor de um homem. Primeiro o pai, depois o conjugue. Ao se descobrir privada do pênis, a menina torna-se mulher quando espera o falo (o pênis simbolizado) daquele que o tem. Esta é concepção psicanalítica. Porém, nesse ponto, Freud e Lacan concebem um inconsciente mais falocêntrico que Klein (SOLER, 2005; NASIO, 1997).

Contudo Freud só tem uma bússola para a distinção entre homem e mulher, a castração. Para Lacan a referência fálica não sacia a questão da feminilidade. Ele identifica homem e mulher através da forma de gozar.

De acordo com Soler (2005), a concepção de Lacan de que na mulher há a primazia do gozo de *ser* em detrimento do *ter*, faz muito sentido quando se pensa que as mulheres são mais deprimidas que os homens (sem negar a influência do mundo capitalista).

(...) o ser fálico, única identificação que sustenta o ser mulher sustenta-se no amor. Não é o que acontece com o homem, cuja virilidade se afirma pelo lado do ter, pela potência sexual e suas múltiplas metonímias. O ser mulher sustenta-se duplamente no amor, na medida em que o “ser amada” equivale a “ser o falo...” (SOLER, 2005, p. 80).

Decerto que as postulações freudianas e lacanianas contribuem para se pensar a constituição do gênero feminino. Mas foi em Klein, onde a identificação com as figuras parentais é mais trabalhada, que se encontrou conteúdo para favorecer a discussão sobre o feminino e a feminilidade.

O ponto de partida do **estudo kleiniano** sobre a sexualidade é aparentemente freudiano, mas Klein não compartilha da ideia de que o complexo de Édipo na menina seja provocado por seus desejos e temores de castração.

A relação mãe-bebê e o desejo de maternidade não seriam (...) somente a expressão da inveja do pênis, como pensa Freud, mas também a expressão de uma relação narcísica “menos dependente do homem, e subordinada a seu próprio corpo de mulher e a onipotência dos excrementos” (...). Por essa razão, a reparação – muito pronunciada na mulher – se exprime por um desejo de embelezamento do pênis excrementício; fazer um lindo bebê, fazer-se linda, decorar a casa, etc. Essas sublimações, tipicamente femininas, são formações reativas as fantasias sádicas elaboradas em torno de evacuações perigosas (KRISTEVA, 2002, p. 145).

Para Klein (1945) meninos e meninas apresentam uma dupla identificação com a mãe e o pai, através dos desejos genitais precoces durante as fases libidinosas. O casal é o foco da autonomia bissexual do *self*. Ambos os sexos têm conhecimento inconsciente da vagina e do pênis (KRISTEVA, 2002).

No processo de constituição da sexualidade, Klein (1945) acrescenta uma chamada “*fase feminina primária*” comum a meninos e meninas. Na menina, o movimento define-se como heterossexual quando se visualiza a incorporação do pênis na vagina, e homossexual quando a visualização é a incorporação somado a identificação. Trata-se não só de incorporar o pênis, mas possuí-lo, como se fizesse parte do seu corpo. Então, para a autora, o “feminino primário”, organiza as primeiras identificações femininas, “*em outras palavras, a capacidade psíquica e de pensamento da criança depende da identificação primária dela com a feminilidade materna*” (KRISTEVA, 2002, p. 142). Então, desde muito cedo a criança percebe que a mulher se manifesta na mãe e o homem na posição paterna.

Por isso, Julien (1997) coloca que a verdadeira **transmissão da feminilidade** se faz de mãe para mãe, “*mais um poder é atribuído à mulher, enquanto mãe*” (p. 31).

O modo de **constituição do feminino** é muito singular. A mulher só tem propriedade sobre seu corpo depois de um longo e complexo processo de identificação e de (des)identificação com a mãe (ora com o pai), uma vez que ambas são absolutamente necessárias.

Vários são os caminhos da mulher para tomar posse do seu corpo e de si mesmo, mas o determinante para isso é a separação entre mãe e filha, do desejo que esta última ocupa para a primeira (JULIEN, 1997; ZECCHIN, 2004).

Para o sujeito, esta dado que haverá de lidar com a renúncia do desejo materno. A “filha” deverá desejar e para tanto renunciar. A mãe deverá desejar, mas não só a filha, e um terceiro deverá entrar, para permitir que a filha possa mudar de posição e que a mãe possa viver sem o preenchimento imaginário que esta ilusoriamente daria, pois é a partir desta ausência de preenchimento que a menina poderá buscar a construção de significados que darão sustentação a sua identidade feminina. Se a mãe não puder ficar sem preenchimentos (filhos), isto trará conseqüências que obstruirão o desenvolvimento da menina em direção a autonomia corporal pessoal (ZECCHIN, 2004, p. 62).

Kristeva (2002) coloca que todo o sucesso que a mulher alcança em suas relações masculinas assumirá um sentido de vitória sobre Outra mulher. Essa rivalidade independe da ausência de outra mulher, pois se dirige à mãe e também às suas representantes, principalmente a mãe do homem “escolhido”, por isso as relações difíceis entre noras e sogras. O sentimento de rivalidade e por vezes, de ódio, à genitora, é o trajeto do processo de (des)identificação da menina para com a mãe.

De acordo com Zecchin (2004) o trabalho com as pacientes de Ca de mama deixa a complexidade identificatória com a mãe muito evidente. Implica lidar com os processos de identificação, história como mulher, como mãe e com a mãe, desde as primeiras interações com o mundo. Isso porque, a ameaça de perda da mama e a outras perdas (como atributos culturais femininos) são vivências de ameaças narcísicas à identidade feminina, que por sua vez, traz a tona outras perdas e feridas narcísicas.

Enfim, a teoria kleiniana, mais do que qualquer outra escola psicanalítica, reconhece o poder da mãe, em detrimento do poder simbólico do pai. Enquanto em Freud, a feminilidade se define em termos de passividade, em Klein, se desdobra numa receptividade (meninos e meninas irão incorporar pênis e seio) e no poder terrificante da mãe primordial, suporte do superego (KRISTEVA, 2002).

Feminilidade e Imagem Corporal

A feminilidade é uma invenção da cultura que muda de feição conforme as épocas. Por isso Soler (2005) coloca que, ainda que a mulher não exista (concepção lacaniana), isso não impede que a condição feminina exista, ou seja, a feminilidade.

Portanto, considerando que a imagem corporal transcende a noção de estruturas e funções reais e objetivas do corpo e amplia as noções que abarcam valores e significados sociais, dados pela cultura de uma sociedade (MELLO FILHO, 1992; BRANDÃO et al, 2004), a feminilidade torna-se uma das dimensões da Imagem corporal.

Então, a **feminilidade** é um aspecto da **imagem corporal** à medida que pode assumir uma função ou atribuir um valor a uma parte do corpo ou até

mesmo, de toda a estrutura física da mulher, conforme a cultura (MELLO FILHO, 1992; BRANDÃO et al, 2004).

Baseada nessa concepção é possível considerar que tanto a imagem corporal, como a feminilidade, por estabelecerem contato com o meio externo e com os outros, são influenciadas pelas **exigências com o corpo** expressas pela cultura, no nosso caso, pelo Brasil, mas que podem variar não só conforme o lugar, mas conforme o tempo.

Questionando como se dá a relação sujeito-corpo e quais são as metáforas contemporâneas para a relação, Breyton Et Al (2003) esclarecem que o **corpo das mulheres** é porta-voz da coletividade que as rodeia, uma vez que ele ainda é objeto privilegiado das intervenções estéticas e reprodutivas.

Assim, a **moda e o padrão de beleza** física são valores que não podem ser ignorados quando se analisa a imagem corporal (SOUSA, 2001), muito menos a feminilidade.

A estética da feminilidade

Por que os transtornos de imagem corporal são mais comuns nas mulheres (KAPLAN, SADOCK e GREBB, 1997)? E por que a discussão sobre o feminino e a feminilidade são tão mais freqüentes na sociedade quando comparada com as discussões sobre o masculino e a virilidade? A resposta para essas questões mostram que imagem corporal e feminilidade são dois focos da subjetividade intrinsecamente ligados.

De acordo com Wolf (2002), a busca pela imagem perfeita recai, sobretudo, às mulheres. E de fato, as exigências de padrões de beleza são mais rígidas e cobradas no gênero feminino. Porém, não se pode deixar de considerar que este gênero é mais receptivo a tais exigências que o gênero masculino. A mulher não só, não assume uma passividade com relação às exigências para com o seu corpo, como ela as reforça e “alimenta”.

Lacan (1979) diz que é da essência feminina (refere-se aqui a categoria de gênero) gozar colocando-se como objeto de gozo do outro. “(...) é preciso que o homem deseje, enquanto a mulher se deixe desejar” (SOLER, 2005, p. 51). Por isso, enquanto a identificação do homem é com o “ter”, a da mulher é com o “ser”. Um “ser” magra para ser desejada, um “ser” loira, um ser

“linda”, um ser “rica”, um ser “inteligente”... entre outras coisas. Isto é, pensando pela lógica lacaniana, faz total sentido a posição de consumista que a mulher assume na sociedade, tão quanto de vaidosa e cuidadora. Essas práticas são representantes mor do investimento no corpo para fins de “gozo¹⁸”. Contudo, esse investimento narcísico no corpo se contextualiza e revigora conforme a época e a posição social.

De acordo com Kahhale (2003), as exigências com o corpo da mulher dependem da classe social em que está inserida, pois ele é preparado para assumir o lugar que a realidade social designou no sistema produtivo. Para ela, a classe burguesa estabelece as normas corporais – de beleza, de cuidados corporais, de moda, de vestuário – que são imitadas pelas outras classes. O papel do corpo feminino seria agradar os homens, e na classe burguesa a mulher dispõe de maior liberdade e recursos para isso, pois não está diretamente ligada ao sistema produtivo, enquanto ocorre o inverso com as camponesas e operárias, em que a finalidade básica do corpo é o trabalho (doméstico ou no sistema produtivo). Porém, considera-se que a difusão de um padrão estético tem forte influencia na exposição e na forma de expor o corpo, independente de poder aquisitivo.

Kehl (2002) afirma que hoje o corpo feminino é resultado de uma fabricação. A autora faz alusão a um corpo produzido através de dietas, malhação e cirurgias estéticas, que é “utilizado” e “ostentado” para se auto-definir, mostrando que a revelação do “Eu” contemporâneo, está atrelada ao corpo belo e perfeito, como nunca o foi. Atualmente o corpo é “corpo-imagem” ou “corpo mensagem”, é ele quem fala pelo sujeito.

Esse tipo de manipulação do corpo, ou simplesmente prática, exige sim, recursos financeiros para efetivá-los. No entanto, muitas formas de padronizar o corpo são acessíveis e não exigem recursos financeiros tão significativos. É o caso das cores de cabelo na moda, a própria estrutura do cabelo, formas de cortes, roupas em voga, tatuagem, *piercings*; isto é, “tudo” pode-se comprar para transformar o corpo feminino no padrão estético vigorado, desde uma lipoaspiração (que se oferece em prestações longas, tal como um imóvel), até um cabelo liso.

¹⁸ Lacan referia-se ao “gozo fálico”.

Mas de acordo com Sousa (2007), a cultura feminina das aparências, não é tão atual como parece. Desde o século XVI, na Europa se tem registros de livros de beleza. Porém a insatisfação com a imagem corporal tem sido vivenciada como uma epidemia. As pessoas têm vivido em constante conflito, por um lado padrões nutricionais extremamente calóricos e por outro, exigências sociais de magreza e beleza.

De acordo com Del Priore (2000) essa busca recorrente tem implícito fugir da rejeição social, já que a mulher se coloca na posição de “ser” desejada. A preocupação feminina com o inferno foi trocada pelo ponteiro da balança e o reflexo do espelho. Esse é o resultado da estética baseada no culto do corpo, traz consigo, ansiedade e frustração.

Mas segundo Teixeira (2001), re-afirmar um padrão de beleza pode ter uma lógica salutar *“A beleza sinaliza o desejo de zelar pelo corpo, produz desejo no outro, facilita a proximidade e o encantamento”* (p. 106). Isto é, para o autor, o cuidado com o corpo é estético. E isto aparece na representação do cuidado como uma mulher bonita. Esse aspecto demonstra também que o cuidado tem muita sensibilidade feminina. Então,.

Assim, a estética tem um papel determinante no cuidado com o corpo. Ela envolve o cuidado com a vida, envolta de desejo e satisfação. Motiva o sujeito a cuidar-se e faz com que ele se sinta atraente, bonito e mais jovem (TEIXEIRA, 2001).

Contudo, a obsessão pelo corpo e pela saúde difere (SOUSA, 2007). O primeiro é reflexo do imaginário social que nasce das representações mentais da disseminação de normas e referências modernas. Implica numa supervalorização do corpo, que é super investido, *“o corpo psicológico ocupa lugar do corpo objetivo, e os conflitos não elaborados são concretizados no corpo”* (LIPOVETSKY, 1995, p. 67).

Qual o risco? Considera-se que o perigo da pressão social pela estética, não está no cuidado ao corpo. Como já foi dito, ele é necessário e até salutar. O perigo está na busca recorrente de um padrão. Ele é estético sim. Mas o que não se percebe é que ele não fere e degrada a feitura de um corpo, mas tenta danificar as diferenças, exaltando e alimentando, apenas um tipo de beleza. Aconteça o que acontecer, as mulheres querem ser magras, loiras e de

cabelos lisos. Esses são aspectos muito notáveis como padrão de beleza na nossa sociedade, mas existem muitos outros.

As mulheres têm lidado com a feminilidade de forma muito homogênea. Por isso, entende-se que o que se vive hoje é muito mais do que uma escravidão da beleza padronizada, mas uma rejeição da diferença. O que tem sido rejeitado é a assimetria da beleza, e não a “feiúra”. Será possível ser bonita com o cabelo crespo? Acima do peso? Morena? Com seios pequenos?

Todos esses aspectos tornam-se atributos da feminilidade e auxiliam na configuração de uma imagem corporal positiva ou negativa. Eles não surgem naturalmente. São ditados pelo social e vendidos. Por isso a importância de se olhar para a dimensão sócio-cultural do sujeito. O próprio Freud (1921) afirmou que não existe constituição solipsista do psiquismo, a psicologia individual é simultaneamente psicologia social, por a subjetividade se constituir a partir da alteridade.

Portanto, a feminilidade e/ou os **atributos da feminilidade**, estão diretamente relacionados a valorização na atualidade, isto é, na ênfase na exterioridade, por isso, o predomínio das patologias da ação e do corporal, pois, as formações psicopatológicas não deixam de ser influenciadas pela cultura (FERNANDES, 2003).

As problemáticas internas vêm migrando progressivamente para o corpo. A ênfase na corporalidade parece sugerir que os conflitos têm migrado para o exterior do sujeito. O culto ao corpo e a imagem encontra no terror do envelhecimento e da morte o negativo que lhe justifica, a condição de possibilidade de sua existência (FERNANDES, 2003, p. 17).

Então o que em outras eras, um esquema corporal implicava num grau de importância leve, uma vez que o padrão estético sempre existiu, hoje possui uma importância elevada, já que atualmente este padrão tornou-se super valorizado. Logo, tanto a dor como o sofrimento de uma mulher com Ca de mama, apresentam novas configurações.

A feminilidade atravessada pela doença

A doença atravessa a imagem corporal e a feminilidade da mulher logo que o diagnóstico é fechado. Frente ao diagnóstico de Ca de mama, a mulher começa a elaborar fantasias de perda da feminilidade e do parceiro,

visto que sente que suas capacidades de sedução serão diminuídas (TARRICONE 1992; DUARTE, 2003; PINTO e MARTINS, 2006).

Encarar a sociedade é um dos maiores problemas que as mulheres enfrentam quando estão realizando tratamentos posteriores à cirurgia. Essa transposição de perdas, as deixam mais frágeis e inseguras para reassumir suas vidas (PINTO e MARTINS, 2006).

Na pesquisa de Pinto e Martins (2006) 80% das mulheres pesquisadas se sentiram menos mulheres em decorrência da doença, sendo que 60% destas consideraram esta sensação como muito intensa e 40% como moderadamente intensa. Com relação à perda dos cabelos, 60% da amostra referiram ter sofrido com a queda de cabelos, sendo que destes, 20% afirmaram que este fato lhe incomodou pouco.

A perda de qualquer parte do corpo representa modificação no modelo postural da pessoa, com alteração de toda mobilidade do organismo. A mama, principalmente a feminina, representa uma modificação na postura corporal, (que exerce um papel de equilíbrio) e um comprometimento da estética e da sexualidade (FERREIRA e MAMEDE, 2003).

De acordo com Ryad (1986), a mama tem dupla função: uma primordial na estruturação do psiquismo, na **dinâmica relacional entre a mãe e seu/ua filho/a**, e outra, na construção da **sensualidade feminina**, dito de outra forma, esta ligada ao papel de maternidade enquanto fonte de alimento para o bebê e possui conotação estético-erótica do papel feminino ligado à sedução, uma vez que a mama é um representante simbólico que contempla o corpo atravessado pelo sexual. Exerce uma função essencial na estruturação das experiências precoces e no desenvolvimento de todo o ser humano, especialmente nas mulheres (ZECCHIN, 2004).

Para Freud (1914), o seio é representante simbólico da mãe real. O primeiro objeto de amor e de relação, constituído de forma fusional, permitindo que o bebê confunda-se com o seio para depois poder discriminar-se, diferenciando-se do outro. O seio é o objeto fundante do sujeito e de sua relação com o mundo externo e interno.

Então, a mama representa a primeira experiência de separação, a do bebê e o seio materno, experiência fundante que separa o dentro e o fora: “O

seio tem a propriedade particular de ser o primeiro representante de um mundo separado do corpo do bebê, isto é, tempo em que o bebê já captará os sinais externos a partir de sua própria percepção” (ZECCHIN, 2004, p. 76).

Freud (1914) afirma que a relação primeira, fundada através da **amamentação**, do conteúdo com a mãe ou seu substituto, será a matriz de todos os relacionamentos amorosos. A partir desta relação primeira com a mãe, o sujeito terá muitas oportunidades e situações para abrir uma gama de outras relações com o mundo, sempre tomando esta primeira como modeladora para lidar com seus objetos internos e externos.

De acordo com Zecchin (2004), tomando a relação primeira com a mãe como matriz relacional, esta se reproduzirá em todas as outras relações, incluindo a relação com seu próprio corpo, com sua história, com o outro. Por este motivo, **perder a mama** é uma experiência que remete a perda do primeiro amor e tantos outros que se seguiram a este, portanto, necessariamente implica no luto e no (re)investimento da libido em direção de outros objetos. O seio é, ao mesmo tempo, fornecedor de leite e de prazer. Este prazer é um prazer sexual. Assim, o seio é um objeto sexual, bem como um objeto da pulsão sexual (MACEDO, 1998).

Muitos autores também entendem que a mama é um órgão de representações simbólicas da feminilidade, da estética, da sexualidade, maternidade e imagem corporal (KRYNSKI, 1986; CARVER, 1993; GANDINI, 1995; GIMENES, 1997). Considerando que o papel da mama vai além dessas representações, Krynski (1986) ressalta uma importância ainda maior para as mamas na cultura ocidental, pois, além de alto valor narcísico e simbólico tem um lugar organizador de experiências importantes, tanto na maternidade, quanto dos atributos do feminino, pensados através do acesso ao mundo adulto. Elas são instrumentos específicos do exercício do desejo feminino (VOLICH 1998).

A ausência da **mama** no corpo das meninas se dá por longo período, até o início da adolescência. Como um ideal identificatório feminino, a mama será um dos lastros da constituição da **sexualidade feminina** e este processo também passa pela relação mãe e filha.

Assim, a mama é um órgão singularmente marcado por características específicas na vida da mulher em relação a sua sexualidade, sensualidade, maternidade e no todo da identidade feminina. Os aspectos mais importantes associados a mama são tanto seu caráter sexual, quanto uma zona especialmente sensível as carícias amorosas e ao prazer da amamentação (VOLICH, 1995).

Por isso, Zecchin (2004) coloca que o peso de se perder a mama é a maior do que de outras partes do corpo, devido a sua representação simbólica para a identidade subjetiva, que ultrapassa a questão da mama como símbolo do feminino ou do que é ser mulher.

Em função disso há uma diferença das mulheres que passam por uma cirurgia mais conservadora, **quadrantectomia**¹⁹, (extirpação de uma parte da mama), e as que fazem a **mastectomia**²⁰ radical (extirpação cirúrgica de toda a mama). A marca da perda desta última é bastante complexa, seja pela dimensão da cirurgia e pelos riscos associados, seja pela adaptação a nova realidade das transformações a que o corpo fica submetido (ZECCHIN, 2004).

De forma que a **mastectomia** pode representar não só a mutilação do corpo, como também a mutilação da condição feminina, e sua falta pode acarretar num sentimento de vazio, desestruturando emocionalmente a mulher (SCHÁVELZON, 1992; RODRIGUES, SILVA e RODRIGUES, 2002; PINTO e MARTINS, 2006).

Por isso, a **mastectomia** não deve ser entendida como a simples retirada do seio, mas como uma ruptura na auto-imagem e na feminilidade, que resulta em mudanças e inseguranças, sendo fundamental o apoio psicológico nessa fase, uma vez que o **luto** da perda da mama demanda um trabalho de elaboração psíquica, da própria mama, enquanto órgão, mas também de suas significações. É importante um investimento permanente de adaptação, de

¹⁹ Retirada de parte da mama onde se localiza o nódulo, mais uma margem de segurança que varia de 1 a 2 cm, mais o esvaziamento axilar.

²⁰ Retirada total da mama, mais o tecido adjacente, inclusive do músculo pequeno peitoral, do músculo grande peitoral e de todo o tecido linfático da parede torácica e da axila.

reconhecimento do corpo vivo e modificado por essa perda e por muitas outras (ZECCHIN, 2004).

De acordo com Ferreira e Mamede (2003), a necessidade de **reconstituição da mama** pode está relacionada a assimetria do corpo e/ou a possibilidade da visibilidade cirúrgica, pois é a partir da cirurgia que essas mulheres tomam consciência da posição que a mama possui no contexto corporal, bem como sociocultural.

A soma dessas representações confere para Abeche e Blochtein (1986) que a sensação-fantasma da mama amputada pode representar uma tentativa de conservar as qualidades femininas e sexuais para a mulher²¹, embora poucas mulheres queixem-se do membro-fantasma.

Isso porque, de acordo com Zecchin (2004), a maioria das mulheres consegue lidar com a perda, alcançar uma reorganização e forças para um reinvestimento em suas vidas, erogenizando outras partes do corpo. Contudo, algumas mulheres encontram nesta experiência uma porta para manter-se na dor e ficar com eventuais ganhos secundários que a doença possa lhe trazer. Como é possível produzir também uma desorganização patológica, no sentido do desinvestimento total, que pode ser mortal.

Segundo Freud (1905), a retirada da libido para o Eu, após a perda de um objeto (mama) de amor é o processo de luto. É o movimento narcísico que permiti ao ego o luto. Portanto, em vários momentos da vida, o narcisismo é convocado a reinvestir, pois ele não desaparece. Isso respalda a idéia de que a **perda da mama** não se dará no ato cirúrgico, mas ao longo de um processo de desapego, uma vez que o esquema corporal pode ser mudado de imediato, mas a imagem corporal não.

Segundo Duarte e Andrade (2003) as mulheres concebem a **reconstrução mamária** como uma possibilidade de recuperarem a sua feminilidade, sensualidade e erotismo e que um parceiro representa um aspecto de motivação para a realização da reconstrução mamária. Contudo, verificaram também que mesmo que a reconstrução seja vista como uma

²¹ A cirurgia plástica das mamas é a segunda mais realizada no Brasil, reafirmando o potencial símbolo deste órgão, como atributo da feminilidade e da sexualidade (Sousa, 2007).

maneira de recuperar a parte do corpo que lhes foi retirada, com todo seu simbolismo e funções, as mulheres ainda sustentam uma imagem corporal negativa.

O relato das mulheres que fizeram a reconstrução da mama aponta que, mesmo não revelando um corpo mutilado, já que reconstruíram a mama, suas práticas sexuais não retornaram ao que eram antes. *“Não deixo meu marido tocar... Você perde a sensibilidade”* (DUARTE e ANDRADE, 2003, p. 161).

Zecchin, (2004) confirma este achado revelando que as mulheres que fizeram a **reconstrução da mama** mutilada, trazem em suas queixas sentimentos de inibição, constrangimento, vergonha, insegurança, preconceito, todos indicando comprometimento importante da auto-estima, de seu lugar como mulher, da angústia produzida pelas preocupações em relação a vida e a morte. Elas escondiam-se de seus parceiros, dos familiares, sentiam-se envergonhadas e não queriam que ninguém soubesse da realidade que estavam vivendo. Escondiam seus corpos até de si mesmas, evitando olhar e serem olhadas.

Minha experiência clínica com as pacientes de Ca de mama me permitiu sustentar que sempre há uma angústia presente nestas pacientes. A perda do seio, assim como o diagnóstico de Ca, é algo que faz a paciente experimentar todos estes afetos: angustia, dor, luto e desprazer (ZECCHIN, 2004, p. 140).

Estes achados corroboram o postulado de Schilder (1994), de que uma modificação real da aparência, no caso, por meio da cirurgia plástica, tem efeitos limitados, visto que ainda demanda a modificação da imagem corporal, pois enquanto a mulher não for capaz de modificar sua atitude psíquica em relação a si mesma, não conseguirá reestruturar seu corpo.

METODOLOGIA

1) Características do estudo

Optou-se por um estudo de caso que ilustrasse o conteúdo teórico abordado, pois o mesmo possibilitou apreender o processo de configuração da Imagem Corporal da mulher que sofreu alterações no seu esquema corporal, devido o tratamento.

O caso viabilizou a análise das questões da feminilidade por meio de informações qualitativas, e permitiu não só apontar as alterações da imagem corporal, mas atingir os outros objetivos da pesquisa, tais como verificar a imagem corporal, no que diz respeito aos atributos femininos sócio-culturais; avaliar como a mulher enfrenta e trabalha as questões da feminilidade afetadas com o tratamento e verificar os indicadores de aceitação e de não aceitação da imagem do corpo feminino.

Para isto, optou-se pela combinação de avaliações padronizadas, associadas a entrevistas em profundidade, para se ter acesso a aspectos que são importantes considerar, como por exemplo, os sentimentos e as vivências da mulher em relação a sua imagem corporal.

No caso desta pesquisa, se considerou que a preocupação da mulher ao enfrentar as alterações advindas do tratamento de Ca dizia respeito à sua feminilidade e que, portanto, seu sofrimento estava intimamente vinculado com as alterações da imagem corporal nesta dimensão.

A partir da hipótese de que o sofrimento da mulher que faz tratamento de Ca de mama está atrelado às perdas que se sucedem de atributos da feminilidade (referências biológicas e sócio-culturais), visou-se estudar as questões relativas à imagem corporal feminina, por isso investigou-se a percepção da participante como mulher e como possuidora de características femininas, bem como, do olhar do outro, representado pelo ambiente social.

Por isso, considerou-se relevante levantar dados, como sensações e sentimentos de bem estar, antes do diagnóstico de Ca e após cada forma de tratamento, coletando informações que pudessem estar relacionados ao

sofrimento de desconfiguração do esquema e da imagem corporal, ligado aos atributos femininos e a feminilidade.

A análise dos resultados teve como critério de interpretação, as constatações que indicassem o quantum a feminilidade foi afetada e os aspectos que contribuíram para a sua recuperação e/ou elaboração.

2) Participante: Mulher com Ca de mama

A participante desta pesquisa foi escolhida a partir de uma especificidade, determinada como aquela que percebe as alterações do próprio corpo, e que assim, poderia fornecer mais informações, uma vez que para a análise qualitativa, o interesse concentrava-se na verificação da auto-percepção das alterações do esquema e da imagem corporal.

Verificou-se ainda como requisito para determinar a mulher do estudo, a disponibilidade da mesma de poder falar sobre o assunto, que envolve questões íntimas e que demanda um mínimo de elaboração sobre o assunto, ou seja, estrutura psíquica para abordar as dores e sofrimentos particulares do tratamento, bem como suas conseqüências e seqüelas. O vínculo transferencial também foi um fator de indicação para a determinação do caso.

A participante foi selecionada por indicação de pares, detendo as seguintes características, além da configuração acima descrita:

1. Mulher, diagnosticada com Ca de mama e submetida a:
 - 1.1 – Cirurgia (mastectomia)
 - 1.2- Sessões de quimioterapia
 - 1.3- Sessões de radioterapia
 - 1.4- Hormonioterapia
2. Alfabetizada
3. Sem alterações psíquicas significativas (psicose)
4. Com o termo de consentimento livre e esclarecido assinado

3) Local de coleta: residência da participante

Foi ofertado à participante que os encontros poderiam ser realizados na sua residência ou no consultório da pesquisadora, nos dias e horários

confortáveis para ela. No entanto, os encontros sucederam-se na residência da participante, durante as manhãs que ela se disponibilizava, mais precisamente no seu quarto, gravadas por um aparelho de áudio, uma vez por semana.

4) Instrumentos e justificativas

Nesta pesquisa, a mulher foi submetida aos seguintes instrumentos de avaliação:

1. Entrevista aberta.
2. Questionário de Imagem corporal (BIS - Body Image Scale de Hopwood, 1993): questionário traduzido em português que avalia a imagem corporal de duas formas: o corpo pré-mórbido (valor atribuído ao corpo doente ou não) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente)- (RIBEIRO, 1999)- (ANEXO II²²).
3. Questionário de Atitude Corporal (BAQ- Body Attitudes Questionarie, 1991): questionário auto-aplicativo traduzido em português, com 44 questões que avaliam as atitudes sobre o próprio corpo - (HOPWOOD, 1993) - (ANEXO III²³).
4. Entrevista semi-estruturada – (ANEXO IV).
5. Desenho-estória. Tratou-se de dois desenhos, o primeiro sobre o tema “mulher com Ca de mama” e outro a “mulher no atual momento” seguidos de uma história (TRINCA, 1997).

Uma das mais importantes fontes de investigação de estudo de caso são as **entrevistas**. A entrevista em profundidade foi o principal instrumento que viabilizou o acesso aos aspectos pesquisados por este trabalho. Elas foram feitas com o auxílio de um roteiro de tópicos em que as formulações das perguntas eram feitas no instante da entrevista.

O uso da entrevista aberta neste trabalho teve o propósito de auxiliar na formulação do vínculo com a participante, além de verificar questões que indicassem a possibilidade de um discurso com riqueza de detalhes e vivências. Ela foi desencadeada a partir da seguinte questão: “Estou disponível para escutá-la”, após apresentação da pesquisadora e os devidos esclarecimentos sobre o projeto.

²² O anexo apresenta o questionário respondido de acordo com as marcações da participante.

²³ Idem do 19.

As **escalas** (BIS e BAQ) foram aplicadas pela psicóloga de acordo com a base de fundamento teórico das mesmas. Justifica-se seu pela possibilidade de contribuir para o objetivo da pesquisa que pretende investigar a capacidade da mulher de perceber seu próprio corpo, bem como suas preocupações com a feminilidade em virtude das alterações após a vivência do tratamento de Ca.

O BIS foi criado para ser utilizado com pacientes diagnosticadas com Ca de mama. Os itens incorporados nas escalas foram feitos a partir da literatura, da discussão com profissionais da saúde e, de entrevistas com pacientes portadores de Ca de mama, incluindo também itens utilizados em estudos clínicos com este tipo de Ca.

Uma escala com 10 itens foi inicialmente elaborada. Considerando que o objeto de construção fosse um instrumento breve e que pudesse ser utilizado com pacientes portadores de Ca em geral, os autores tiveram a preocupação de não incluir itens que se referissem especificamente ao tipo de Ca. Assim, foram eliminadas referências a áreas corporais distintas (por exemplo, prótese de mama), e foram incorporadas expressões de maior abrangência (por exemplo, cicatriz).

Os itens escolhidos incluem aspectos afetivos e comportamentais (sentir-se feminino/masculino, sentir-se atraente, evitar pessoas em consequência da aparência, etc.). Metade dos itens tem uma apresentação positiva (“você tem se sentido feminina?”) e a outra metade negativa (“você tem achado difícil se olhar nua?”). As respostas assinaladas na escala inclui 4 opções em relação a cada informação, o que corresponde a uma pontuação de: “modo algum”= 0; “um pouco”= 1; “bastante”= 2; e “muito”=3. As respostas foram assim escolhidas de acordo com os autores, por corresponderem a forma de avaliação da maioria dos questionários e escalas de avaliação de vida, visando comparar os resultados obtidos nos dois tipos de escala.

As pontuações de cada resposta são somadas, podendo levar a um resultado geral entre 0 (zero) e 30 (trinta) pontos. Escores baixos representam pouco ou nenhum distresse ou sintomas associados à irritação. As pontuações mais altas associam-se a presença de distresse. Na escala original, os autores pediam aos sujeitos que dessem suas respostas, tendo como referência a

última semana, com intuito de facilitar a comparação dos resultados obtidos com aqueles apurados nas escalas de qualidade de vida, que usualmente se utilizam deste espaço de tempo em suas avaliações.

Utilizou-se o instrumento “**entrevista semi-estruturada**”, pois o mesmo contemplava os objetivos inclusos nesta pesquisa. Essa entrevista clínica possibilitou o levantamento de dados importantes a respeito da mulher, á medida que permitiu fazer uma avaliação da imagem corporal, das alterações dos atributos femininos definidos socialmente, da forma de enfrentamento dessas alterações, bem como o levantamento dos indicadores de aceitação da imagem do corpo atual (objetivos 1, 2 e 3 respectivamente), por meio do discurso. Portanto, houve direcionamento da pesquisadora em relação aos conteúdos pesquisados.

Os aspectos da imagem corporal feminina que foram discutidos nas entrevistas semi-estruturadas foram os abordados pela própria pesquisada.

O uso do instrumento **Desenho-estória** teve o intuito de contribuir para a formulação da idéia de imagem corporal que a mulher possuía durante o tratamento e, na atual conjuntura. E ainda, da organização de seus esquemas corporais, em virtude do quadro irreversível em que se encontra, de que é exemplo, a vivência de uma doença agressiva tal como o Ca de mama, de forma a atender o objetivo 3 da pesquisa (indicadores de aceitação da imagem do corpo, via projeção).

5) Pré-teste

Mediante os requisitos do projeto de pesquisa, sobretudo os objetivos estipulados pelo mesmo, foi realizado um pré-teste do uso das escalas de imagem corporal. Estas foram aplicadas diagnosticadas com a doença e que já estavam submetidas aos diferentes momentos do tratamento: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

O pré-teste das escalas teve o objetivo de familiarizar a pesquisadora com a dinâmica das mulheres com essa doença e se aproximar das questões que as envolviam, principalmente das demandas que se sucediam com o advir do tratamento de Ca de mama, além de verificar a adequação do uso desse instrumento para essa população.

A partir deste estudo foi possível perceber a preocupação dessas mulheres com a sua desconfiguração do esquema e da imagem corporal, através da necessidade de falar sobre suas alterações corporais. Esta demanda foi percebida através da preferência das participantes em responder as escalas de forma verbal, justificando cada uma de suas respostas, o que viabilizava um atendimento clínico, indicando a maneira de aplicação das escalas na coleta de dados propriamente dita.

6) Procedimento de coleta

No caso deste trabalho, o método de entrevista realizado foi “face a face”, logo o entrevistador e o entrevistado se encontraram.

Para obtenção dos dados de informação descritos no objetivo geral desta pesquisa foram feitos dez encontros com a participante, após a seleção da mesma. A ordem de aplicação dos instrumentos, durante os encontros, foi realizada de acordo com a ordenação numérica abaixo, com fins de atrair a participante e motivá-la a falar sobre si, e ainda, favorecer um vínculo com a participante.

1º. Encontro: entrevista inicial com o intuito de esclarecer os objetivos da pesquisa e assim, obter o termo de consentimento.

2º. Encontro: entrevista aberta, onde a participante falou livremente sobre suas vivências durante o tratamento do Ca.

3º. Encontro: Aplicação dos questionários de Imagem Corporal (itens 3 e 4 dos instrumentos). Seguida a aplicação do questionário solicitou-se que a participante justificasse suas respostas.

4º. Encontro: Entrevista semi-estruturada (item 5 dos instrumentos): o roteiro foi pré-estabelecido pela pesquisadora (ANEXO IV), no entanto foi permeado por indagações quando as questões não eram esclarecidas.

5º. Encontro: Aplicação do Desenho-estória (item 5 dos instrumentos)

6º, 7º, 8º e 9º Encontros: Entrevista semi-estruturada: o roteiro foi retirado da fala da mulher dos encontros anteriores aprofundando aspectos em relação à imagem corporal, feminilidade e enfrentamento do Ca.

10º. Encontro: Constou de um fechamento do processo, com uma síntese devolutiva de todo processo de coleta.

Optou-se por aplicar os desenhos por último, por ser um procedimento técnico que acessa mecanismos representacionais diferentes dos instrumentos anteriores e permite projeções e representações, a partir de uma provocação.

7) Cuidados Éticos

A participante que preencheu os critérios da pesquisa foi informada do projeto pela psicóloga na primeira entrevista. Ao concordar em participar do projeto, foi solicitada sua assinatura no termo de consentimento (ANEXO I). Foi-lhe explicado todo o procedimento de coleta de dados e os termos do projeto de pesquisa e solicitado que preenchesse a ficha de dados de identificação.

O projeto foi submetido à Comissão de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, tendo recebido o protocolo de nº 041/2008.

Caso, ao longo da coleta percebesse demanda da participante de um atendimento terapêutico, ela seria encaminhada a um serviço especializado da região onde morasse. Porém, não foi o caso.

8) Método de Análise dos dados

Foram discutidos os aspectos do esquema corporal e imagem corporal, abordando os significados de como a participante se sente primordialmente com relação ao seu corpo (esquema e imagem corporais) e sua feminilidade. Analisou-se articulando a questão das alterações das características femininas, portanto da imagem corporal feminina, de acordo com o próprio olhar (auto-imagem) e o olhar do outro, envolvendo as dimensões culturais sobre as exigências corporais, portanto o social, a partir do discurso formulado por ela, através dos resultados dos instrumentos de coleta de dados.

Durante a análise se configurou também as respostas buscadas pelos objetivos da pesquisa, descrevendo: a imagem corporal da participante afetada pelo tratamento, bem como sua feminilidade; sua auto-avaliação sobre as alterações da imagem corporal, no que diz respeito aos atributos femininos

sócio-culturais; como enfrentou e trabalhou as questões da feminilidade afetadas e; as indicações de aceitação dessa imagem do corpo afetada ao longo do tratamento de Ca de mama, seguida de interpretações da pesquisadora.

Os resultados foram apresentados conforme os instrumentos utilizados. Primeiramente se fez uma análise dos dados quantitativos, representados pelos índices de pontuação das escalas de imagem corporal, para então fazer uma abordagem do discurso, tratando, portanto, dos dados qualitativos obtidos.

A análise dos dados obtidos com as escalas foi realizada da seguinte forma: primeiro averiguou-se a pontuação de cada uma e o que as mesmas representavam segundo os seus respectivos autores, separadamente. Esta análise visou abordar o resultado geral das escalas de Imagem corporal. Os dados quantitativos foram considerados para fins de verificar a percepção que a mulher possuía de seu corpo, de acordo com as alterações apresentadas por ele.

No segundo momento, fez-se uma análise dos tópicos das escalas relacionados a dois aspectos: a relação do corpo consigo mesma (olhar sobre si ou auto-imagem) e a relação do corpo com o outro (olhar do outro). Estas análises visaram abordar aspectos particulares de cada escala, como se elaborasse uma análise dos resultados em sub-escalas.

A análise constou de considerações sobre todo processo que provocou mudança no esquema corporal desta mulher, pois se entendeu que tais alterações fizeram parte da configuração da imagem corporal. Porém, se considerou que a forma de tratamento foi o ponto de partida pelo qual se marcou o início das alterações, constituindo um novo esquema corporal, indicando uma reconfiguração da imagem corporal.

A leitura e interpretação dos dados em ambas as formas de coleta, focou-se nos sentimentos e emoções relatados pela mulher após a vivência do tratamento (estranheza, feiúra, alívio, força, resistência, esperança e otimismo), e sua potencialidade de lidar com a situação, tudo em virtude do desejo de viver, para poder relacioná-la a questão da imagem corporal e a feminilidade.

RESULTADOS

Síntese do caso

A síntese deste caso trata-se primeiramente de um relato, caracterizado pela descrição das condições clínicas e de tratamento que Olga (nome fictício) passou. No segundo momento enfatizam-se as alterações provocadas pelo tratamento no esquema corporal e por último, as condições da imagem corporal desta mulher.

As informações que se seguem foram colhidas através da ficha de identificação da participante que exige dados com precisão (ver ANEXO IV) e do relato da própria participante, durante todo o processo de coleta de dados.

1) Condições clínicas e de tratamento do Corpo

Olga, 52 anos, com nível escolar médio, casada, dois filhos, as gestações foram entre os 19 e 25 anos (a amamentação de ambos não ultrapassou três meses), é católica, do lar, não possui renda pessoal e sua renda familiar é maior que cinco salários mínimos.

Apresentou nódulo de mama no lado direito, fora do ducto mamário, no início de 2006, detectado através do auto-exame. Diagnosticado como Ca quando ele ainda estava com 4 cm, mas que até o tratamento começar, aproximadamente uma mês depois, já estava com 8 cm, crescendo em uma velocidade rápida com índice de proliferação de 63% (sic).

Durante aproximadamente dois anos de tratamento, ela realizou todo o ciclo propedêutico para a doença oncológica: cirurgia, mastectomia mais esvaziamento axilar (devido à metástase); sessões de quimioterapia, distribuídas em quatro antes da cirurgia (quimioterapia vermelha para diminuir o tumor que foi reduzido para 33 mm), e mais quatro sessões (taxol ou paclitaxel) após o procedimento cirúrgico; radioterapia (21 sessões no local acometido pelo Ca); hormonioterapia, através do uso do tamoxifeno que já foi substituído pelo arimidexi, devido seu tumor ser estrógeno dependente. De forma que, o seu tratamento ainda não foi completado, pois ainda fará uso da medicação hormonal por aproximadamente cinco anos, para então, receber alta, se for o caso.

Em decorrência da cirurgia, Olga perdeu a mama direita e parte dos movimentos do braço que, com o esvaziamento axilar, ficou doloroso e limitado e, fez uso de dreno por 15 dias.

Durante o tratamento quimioterápico apresentou náuseas (vômitos e enjoos), perda capilar de todas as partes do corpo, infecções nos olhos (conjuntivite), feridas na boca, unhas quebradiças e escuras, dedos (dos pés e das mãos) roxos e escuros, dormências, câimbras e dores musculares, além de pele ressecada e sensibilidade nas veias, que se tornaram muito dolorida.

Com a radioterapia, teve no local operado, escurecimento da pele, devido à queimadura (deixando o local preto e ardido), e ainda, pneumonia ativa. Em função da quimioterapia e da radioterapia, fez uso de corticóide, por isso inchou bastante, apresentando um aumento de peso considerável.

Devido o tratamento hormonioterápico, apresentou descalcificação nos ossos (ostiopenia) e diminuição da libido, alteração no desejo sexual e lubrificação vaginal escassa.

Para diminuir o impacto do tratamento, Olga fez sessões de fisioterapia para recuperar os movimentos do braço e tomou medicações para controlar os efeitos colaterais da quimioterapia, que segundo ela, não surtiam efeitos sobre o mal-estar desse tratamento. Revelou que por conta de todo o tratamento do Ca, teve como seqüelas a mama amputada (que será reconstituída) e o pulmão direito queimado pela radio.

Passado um ano de realizada a cirurgia de retirada da mama, através de exames de rotina para controlar o Ca e da desconfiança da própria Olga, pediu a seu médico uma ressonância cerebral para verificar a possibilidade de ter Ca no cérebro, tal como ocorreu com sua vizinha. O exame a princípio atestou dois nódulos cerebrais. Confirmado o diagnóstico, seu médico oncologista a encaminhou para um especialista na sua cidade, o qual lhe forneceu um prognóstico desfavorável na execução do tratamento. Reencaminhada a outro médico, desta vez em São Paulo, a participante viajou junto a sua filha para esta cidade, com fins de realizar seu tratamento.

A pedido do seu neurologista, Olga repetiu o exame. Nesta segunda ressonância foram identificados cinco nódulos espalhados pelo cérebro. O médico revelou-lhe que apesar do número, eles estavam muito pequenos e

que um ciclo de radioterapia na cabeça talvez pudesse ter efeito. Após 28 sessões de radio no local, e mais um mês de espera até saber se o tratamento tinha surgido efeito, a participante e sua filha permaneceram em São Paulo. Recebido o resultado favorável, Olga voltou para sua cidade natal.

Devido ao tratamento das metástases cerebrais, Olga perdeu os cabelos novamente, além de ter ficado com manchas escuras no rosto, devido à radiação na cabeça, que segundo ela, são manchas que demoram a clarear. Em função do corticóide, “engordou” bastante (inchaço ou retenção de líquido).

Como seqüela da radioterapia cerebral apresenta lapsos de memória, esquecimento no que diz respeito à memória recente e remota, bem como alterações nas suas células capilares, que não permitiram que o cabelo nascesse como era geneticamente, além da perda da percepção visual.

Atualmente, Olga realiza exames de rotina para controlar a doença, que começaram com um espaçamento de quatro em quatro meses e que agora são feitos de seis em seis meses, tanto na sua cidade, devido o Ca de mama, quanto em São Paulo, para o Ca de cérebro.

2) Condições do esquema corporal

As avaliações descritas a seguir referem ao estado do esquema corporal de Olga durante o processo de tratamento do Ca de mama.

Faz-se necessário determinar algumas diferenças sobre as alterações que o tratamento de Ca de mama produz no esquema corporal. O resultado do tratamento refere-se ao seu efeito, positivo ou negativo, produtivo ou não, remete a idéia de cura ou seu oposto, incurável. As conseqüências deste tratamento são os efeitos previstos (destruição das células cancerígenas, por exemplo) e os efeitos colaterais (destruição de células não-cancerígenas – saudáveis). Trata-se de efeitos reversíveis após a suspensão do tratamento, diferentemente das seqüelas, em que independente da retirada ou não do tratamento, a mudança no esquema corporal será irreversível.

Isto é, pretendeu-se focar as alterações do esquema corporal que diz respeito aos efeitos colaterais que atingem a configuração fenotípica, portanto a aparência e as seqüelas do tratamento, principalmente no que se refere aos atributos femininos.

Então, o esquema corporal de Olga pelo Ca de mama apresentou-se como: um corpo sem mama, sem cabelos, sem sobrancelha e cílios, com manchas escuras na testa, nas faces, nos dedos e unhas dos pés e das mãos, boca ferida, pele escurecida no local da cirurgia e ao redor; aumento de peso e fragilidade física do organismo; não apresentando as mesmas condições de antes do tratamento para estabelecer uma relação sexual; além da mobilidade do braço direito limitada.

3) Condições da Imagem corporal

As noções que indicavam as condições da Imagem corporal desta mulher foram captadas pelos sentimentos e sensações vivenciados e relatados por ela e identificados a partir de todos os instrumentos de coleta de dados utilizados.

Percebeu-se que esta mulher sentia os efeitos do tratamento da doença, tanto aqueles que atingiam seu esquema corporal, no que refere seu estado interno e externo, e que esses refletiam na sua aparência. Foram captados os sentimentos de: fragilidade física (sujeita a dores e infecções); mal-estar (com implicações sexuais); estranhamento corporal; feiúra; tristeza e chateação.

É importante ressaltar que a atenção foi destinada às mudanças, primordialmente, quanto ao tratamento de Ca de mama.

ANÁLISE DE DADOS

1) Resultados dos instrumentos: escalas

O resultado geral da aplicação do **BIS** na participante resultou numa pontuação baixa (três pontos), indicando, portanto, um índice de distresse pequeno ou nenhum, avaliando o próprio corpo como pré-mórbido ou pouco doente, segundo os autores da escala (ANEXO II²⁴).

Esta escala não faz uma análise direta da relação do corpo com o olhar do outro, a não ser por uma única pergunta que questiona se houve um comportamento de evitar pessoas em consequência do jeito que se sentia sobre sua aparência. Sua resposta foi de *modo algum*, tecendo o seguinte comentário: *“Ao contrário, eu gostava que as pessoas viessem”* - [quando se refere a visitas de amigos e/ou familiares].

A escala conduz à idéia que Olga valoriza seu bem-estar físico, muito mais do que o modo como aparece para o outro. Confessa que os efeitos do tratamento atingiram a forma como reconhecia seu corpo, mas sua vaidade não foi perdida, mesmo que seus atributos femininos externos e internos fossem afetados.

Eu usava lencinho na cabeça porque fiquei “carequinha”, fiquei sem sobrancelha, sem nada, mas eu levei numa boa. Eu sabia que era passageiro (...) Não me preocupei muito, apesar de que eu me arrumava. Eu comprei os lencinhos tudo bonitinho, tudo combinando com as minhas roupas... Eu me arrumava, eu usava minhas bijuterias. Eu saía toda bonitinha... Meus 50 anos eu estava “carequinha”, inchadinha, porque eles dão corticóide durante as quimioterapias, né? Assim mesmo, nos fizemos meus 50 anos numa casa de recepção. Usei um vestido bem bonito, todo rosa, combinando com o salto, eu lembro... Fui ao salão, fiz maquiagem, fiz unha, tudo bonitinho, por isso eu não me senti menos feminina.

Essa escala também sinaliza que a perda da mama foi reconhecida como um órgão que integra o corpo e que exerce uma função estrutural, mas que não exerceu efeito sobre sua sexualidade *“Ficar sem a mama é um diferencial, mas... nada que afetasse a minha cabeça. É aceitável”*.

Olga considerou que sua sexualidade foi alterada, alegando os efeitos químicos advindos das medicações e da quimioterapia, ou seja, em

²⁴ Para efeitos de interpretações pessoais do leitor desta pesquisa, optou-se por expor nos anexos às escalas de imagem corporal com as respostas que a participante forneceu na aplicação da mesma.

função de um mal-estar físico e não da aparência e do que ela representava para si e para o outro (parceiro sexual). Ela considerou que nem a retirada da mama, tampouco a cicatriz, afetaram sua relação sexual, não fazendo nenhuma alusão a qualquer outro aspecto que não fosse de interferência biológica, por indução química (quimioterapia ou hormonioterapia).

A sexualidade foi afetada. Essa foi. Primeiro que você está fazendo as quimioterapias e você se sente mal, aí, todo mundo, não tem como você dizer que não, fica sem vontade. Você já chega passando mal, vomitando muito, sente enjoô uns quinze dias, fica enjoada, sem vontade de nada. Não tem erro! (...) quer dizer..., aí você não tem vontade dessas coisas...

Esses dados levam a pensar que quando se trata de uma cirurgia mutiladora, não há como se considerar apenas um órgão como doente, principalmente quando se trata de um Ca, pois quando se adocece, não é apenas o órgão doente, em particular, a mama, mas o que a doença e a mama possam vir a significar e como isto irá se desenrolar dentro da história pessoal e sexual de vida de cada um. No caso de Olga, a perda da mama foi a condição que “menos” interferiu no relacionamento interpessoal ou na sua sexualidade, dado o simbolismo que ela representa para a participante.

Por isso o sentido traumático da doença depende da repercussão que ela assume na vida do sujeito. E este valor traumático tanto pode apagar lembranças (recalcar) como rememorar-las assiduamente. Interessante observar que mesmo que os esquecimentos e os lapsos de memória, seqüelas do tratamento, sejam freqüentes em Olga, a participante é capaz de fazer um relato de sua história de doença com riqueza de detalhes.

Fazendo uma análise qualitativa das respostas dessa escala, verificou-se que o olhar sobre si mesmo desta mulher se manteve, ou melhor, foi acompanhando o ritmo das mudanças que foram repentinamente e gradativamente acontecendo, isto é, não apresentou sentimentos e sensações tão diferenciados das que apresentava antes da comoção do Ca de mama e que portanto, a Imagem corporal não se mostrou desconfigurada, mesmo depois das mudanças que o seu esquema corporal sofreu. Entretanto, este resultado pode estar relacionado à data de aplicação da escala, muito posterior ao processo da modificação corporal. Chegou-se a esta conclusão, a partir do

relato da própria mulher somado aos resultados das escalas, que não mostram mudanças significativas.

De acordo Hopwood et al, (2001), o resultado que a escala de Imagem Corporal apresenta, seja pouco distresse ou distresse bastante significativo, o que vai justificar a intervenção do psicólogo não é ter ou não distresse, visto que o mesmo é esperado, mas o uso que o paciente fará dele ou com ele.

O resultado geral do **BAQ** também apresentou uma pontuação baixa (136 pontos), revelando que a percepção do corpo não difere do seu molde, ou seja, não apresenta discrepâncias entre a imagem e o esquema corporal.

Analisando a escala BAQ como se tivesse sub-escalas é possível notar que ela detém questões que apontam sentimentos e sensações sobre o próprio corpo, através do olhar do outro, mas, sobretudo, sobre o olhar de si mesmo.

Avaliando as respostas que tratam da relação do corpo com o olhar do outro é possível entender que Olga manteve a confiança, ainda se reconhecendo a mesma perante o outro e como aquela que ainda desperta interesses sexuais, embora também reconheça que sofreu mudanças, as quais atribui ao tempo, mais do que à doença.

Contudo, a questão sexual pode estar ligada a fatores outros que as consequências do tratamento do Ca, entre eles a ideia de mulher envelhecida, com a concepção de que no gênero feminino o apetite sexual morre ou de que mulher de 50 anos não tem mais satisfação sexual ou vida sexual ativa. Pois, a relação do seu estado corporal com a sua idade é clara. Sobre sua forma física diz:

Ahhhhhh não sei... hoje... bom... a idade chega, né? A idade cheeeega. Eu já tive um corpo muito bacana... agora eu acho que para a minha idade, o meu corpo está bem. Eu estou bem, eu acho. Eu já vou fazer o que? 53 anos. Mas eu também nunca tive problema com esse negócio de idade. Eu acho que todo mundo envelhece mesmo. Então a gente tem que encarar legal. Então eu acho que para minha idade eu estou bem, eu acho!

Depois de considerar que a aparência é um dos padrões de julgamento do social, refere que a sociedade atribui valor à estética e à aparência de alguém, até mesmo quando se está doente.

(...) as pessoas reparam. Elas falam “ahhh está legal agora, está mais magra”, porque eu tava inchada. Então, as pessoas reparam nisso. Ai depois eu emagreci muito, porque eu perdi liquido e tal (aquela história do corticóide e tal), ai eu fiquei muito magrinha. Ai as pessoas já acham “ahhhh está acabada, coitada! O que ainda vai acontecer com ela, será que ela ainda está doente?”.

As pessoas perguntam, porque você está assim [refere a unhas quebradas]. Sempre! Muita gente pergunta e elas querem saber tudo. E a gente tem que responder o que está acontecendo... “eu estou fazendo tratamento, apareceu câncer. tal e tal”... eu falava... “estou fazendo tratamento...”

- Então você concorda que as pessoas podem rir das outras devido à aparência?

- Não acho que tenha acontecido comigo, não que eu tenha percebido. Geralmente... quem olha, que fica olhando é criança. Às vezes eu saía na rua carequinha mesmo, ai, criança acha estranho, olha... mas nunca senti nada. Mas isso existe (pausa). Tu sabes que existe. As pessoas são cruéis às vezes.

A vaidade de Olga e os cuidados com a feminilidade são expressos em diversas falas: no uso que fazia dos lenços “belos” que utilizava na cabeça, nas jóias que usava, na sua preocupação em manter o peso e na sua iniciativa, mais recente, de refazer a reconstituição mamária.

(...) eu vou fazer a reconstituição porque eu tenho essa possibilidade, o meu plano [de saúde] cobre. E por que não, né? Então eu vou fazer. Eu já esperei dois anos, sabe? (...) Eu pensei... vou esperar, mesmo porque fica muito escuro mesmo, fica negro o local. Vou deixar sair todinho esse escuro... E agora eu vou fazer.

Sobre a cirurgia plástica expressou a seguinte idéia;

Não acho feio, absolutamente. Eu acho que se você não está se sentido bem com determinado parte do seu corpo e você pode fazer a plástica... por que não, não é?

Com relação à aparência disse:

Bom, isso eu acho que toda a mulher tem essa preocupação, né? Então, eu procurava não engordar muito. Eu me cuidava. Cuidava do cabelo, cuidava de tudo, sabe? Eu sempre me cuidei. Depois da cirurgia... agoooooora, eu cuido mais do cabelo, que ficou muito feio. Eu estou procurando dá um jeitinho nele... me preocupo... o que toda mulher normal faz.

Oh, eu sempre fui magrinha, com o tratamento, eu fiz [tomou] muito corticóide. Na época, eu fiquei realmente inchada. Eu estava muito inchada, minhas roupas não cabiam nada.

Nestas concepções estão inclusos ainda, a sua idéia sobre o que “é ser mulher” na nossa sociedade, aquela que precisa manter a forma física e as curvas femininas, bem como o cabelo, que tal como o corpo, assume um grande atributo estético “*O cabelo é o enfeite do rosto, tu sabes...*”. Seu relato também sugere a idéia de que suas mudanças (no esquema corporal) seriam dinâmicas e que, portanto, passariam, talvez por isso Olga optou por lenços, ao invés de perucas.

Bom, eu não comprei peruca, mas comprei muitos lenços. Cada mulher se preocupa com uma coisa, né? Cortei logo, fui e comprei os lenços. Não comprei peruca porque depois o cabelo ia crescer. Preferi comprar os lenços combinando com as minhas roupas.

Mas eu sabia também, que quando eu parasse de tomar o corticóide... eu sempre procurei pensar dessa forma, eu sabia que eu ia desinchar e eu ia voltar ao normal. Eu também não levei muito a sério.

Averiguou-se também que a feminilidade exigiu recursos para ser mantida. Embora relatasse inúmeras alternativas de manter-se uma mulher feminina, Olga insistia no discurso de que isto não a preocupava.

Eu comprei a prótese de silicone e comprei uns sutiãs especiais que eu coloco dentro, numa boa, entendeu? Eu vou fazer essa reconstrução, como eu já te falei, porque eu tenho essa possibilidade, eu vou fazer e é melhor para mim, né? Não vou mais usar a prótese... vou tirar a barriguinha... vai ficar legal!

Eu não tive a sensação de mutilação. Eu uso prótese o dia todo. Ai, a noite, para dormir, eu tiro, até mesmo porque tem que manter o equilíbrio postural se não a nossa coluna entorta.

- Como foi a mudança de aparência?

- *Bom... depende do psicológico da pessoa, né? Tem gente que Deus o livre! Não... eu não. No meu caso não! É muito difícil essa pergunta, porque muita gente não tem muita estrutura, mas eu não, para mim está tudo bem.*

Como alguém que tende a se deter nos aspectos positivos, Olga não fez diferente ao lidar com tantas mudanças do seu esquema corporal. Resgatou os recursos que precisou para driblar os efeitos colaterais do tratamento e suas seqüelas (que afetavam seu esquema corporal) para manter a imagem corporal que tinha, o que lhe permitiu sustentar sua vaidade e sua feminilidade, não só sua integridade como mulher, mas como sujeito, esposa, mãe e dona de casa, redimensionando os papéis e não abdicando deles. Como por exemplo, respectivamente, a utilização de instrumentos que a

sociedade constrói para realçar a feminilidade, como a maquiagem, e permanecendo com algumas atividades do lar que não lhe prejudicassem e atribuindo outras que ultrapassavam sua capacidade.

Enfim, manter a feminilidade assumiu um papel importante no enfrentamento do tratamento e na recuperação da sua saúde, ou seja, na vitalidade do corpo (ou na qualidade de vida), por representar uma causa de sofrimento, muito embora, para Olga, fosse muito difícil se ver como mulher *menos* feminina.

A percepção do corpo de acordo com o olhar de si mesma considerou a importância de seu funcionamento físico saudável, maior do que a sustentação de sua aparência. A preservação da vida valia qualquer alteração no esquema corporal, de forma que a mutilação não foi significada como tal “*menina, isso é assim mesmo. O importante é se livrar das células doentes*” [explicava à prima de seu marido, sobre o aspecto da mastectomia].

Na noção de corpo, inclui-se também a idéia de um corpo (físico e mental) absolutamente forte e resistente, que também esta vinculada a concepção de gênero: mulher é forte, tem que resistir para cuidar da família e da casa.

Eu sabia que eu era... assim... uma pessoa que levava as coisas assim... mas depois que eu tive a doença, eu disse “Égua, eu sou danada”. Eu digo para minha filha: “Quer saber, eu sou uma rocha”, eu digo para ela (risos). Ai ela diz, pior que é mesmo! (risos)

Sobre as escalas, é necessário justificar o índice baixo que as mesmas apresentaram. O fato é que ambas foram aplicadas após o processo de tratamento, inclusive depois da acomodação dos dois tipos de tratamento de Ca (mama e cerebral). Quando proposta dos autores das escalas é que elas sejam aplicadas no intermédio das alterações, já que o comando sugere que as respostas sejam baseadas nos sentimentos pessoais a respeito de si mesma, nas duas últimas semanas, porém ambas foram aplicadas após o tratamento, quando a desconfiguração do corpo já não era tão evidente, uma vez que vários dos atributos e das mudanças corporais já haviam retornado à sua “normalidade”.

De forma que, através da análise isolada das escalas não foi possível verificar a confirmação de que a imagem corporal teve alterações, revelando-

se com uma utilidade maior, quando usada durante o processo de tratamento, quando as alterações estão bastante evidenciadas, pois se sabe que a imagem corporal é dinâmica.

Não contrariando as instruções dos autores da escala que pedem que os próprios participantes respondam as escalas. Solicitou-se depois que as mesmas foram respondidas, que a participante comentasse suas respostas, o que resultou numa riqueza de informações muito maior do que somente a proposta de responder perguntas fechadas.

Assim, o processo de alteração do esquema corporal pode ser verificado e a aplicação da escala foi válida, pois se apreendeu o discurso da participante sobre sua imagem, tanto através dos seus comentários sobre suas respostas as escalas, como dos outros instrumentos de coleta de dados. Juntos, esses instrumentos foram suficientes para fornecer o dado buscado pelos objetivos da pesquisa, de forma que as escalas serviram como um mediador para provocar o discurso.

2) Resultado do instrumento: entrevista

Através da entrevista foi possível perceber que a forma como a participante relata o seu discurso, enfatiza a força e não a dificuldade. Esta percepção pode ser representada pelo seu tom de voz (estável e tranquilo), pelos termos que utiliza (sempre no diminutivo, como se diminuísse o “peso” das palavras) e sua expressão facial (sorridente e atenciosa). Olga é uma mulher de aproximadamente 1,60, morena, magra, de feições finas e aparentemente calma. A análise a seguir considerou que todo enunciado, fosse verbal ou não, era dotado de significados.

Os dados qualitativos foram tratados da seguinte maneira: após a transcrição e leitura dos dados, foi realizada uma seleção das temáticas que aparecerem mais destacadas no discurso da mulher e pertinente aos objetivos da pesquisa. Foram elas: **corpo, doença Ca, tratamento de Ca, esquema e imagem corporal, e feminilidade**. Em cada tópico foram selecionados outros sub-tópicos enfatizados pela participante.

Sobre as questões corporais notou-se que a **idéia de “corpo”** de Olga envolve aspectos como “cuidado” e “ vaidade” como características

principais. A primeira idéia trata-se de um cuidado e uma assistência ligada à saúde nas dimensões, física, emocional e estética (manifestada pela vaidade).

O autocuidado pode ser expresso: pelos exames periódicos que fazia, pela freqüência ao médico e pela prática do auto-exame de mama (pela qual descobriu o tumor de Ca), e ainda, pela dedicação ao tratamento e a disciplina que o cumpriu, demonstrando que para manter sua vida, submeter-se-ia a qualquer procedimento e/ou medicação.

De fato, este parece ser um aspecto que a encorajou a tomar muitas decisões, como optar por fazer seu tratamento de Ca cerebral em São Paulo, mesmo com todas as dificuldades: cidade desconhecida, condição financeira, ausência da família, etc. *“Dentro do consultório dele, ele me perguntou: Você faz aqui ou faz lá? Eu disse, eu faço aqui”*.

Foi possível notar que o cuidado de Olga com o seu corpo perpassa ainda por um considerável conhecimento sobre as questões corporais que adquiriu, estudando sozinha, denotando protagonismo e autonomia.

(...) apesar de não ter trabalhado fora e não ter feito faculdade, eu tinha um nível de cultura, tinha não, eu tenho, muito bom, porque eu sempre li muito. Eu sempre fui muito curiosa, muito ávida em aprender as coisas.

Esses conhecimentos se detêm principalmente nos aspectos que envolvem uma vida saudável (alimentação, sedentarismo, estresse, entre outras coisas) e que foi complementado e aguçado após o diagnóstico desta doença, quando seu cuidado com o corpo tornou-se ainda maior.

Percebeu-se que a descoberta do Ca de mama contribui ainda mais para a escuta das demandas do próprio corpo, o que pode ser confirmado pelo seu pedido em fazer a ressonância magnética. Isto é, Olga tornou-se ainda mais alerta para tudo que ameaçasse sua vida *“Eu pedi porque eu tive uma vizinha que morreu de metástase cerebral depois de ter tido Ca de mama. Eles pedem tudo que é exame, mas não pedem da cabeça. Então eu disse: Dr, eu quero fazer da cabeça também”*!

A associação do corpo com a “vaidade” também é nítida, pois refere que cuidar da saúde também significa se preocupar com a aparência. Considera comportamentos vaidosos: arrumar-se, cuidar do cabelo,

principalmente após a radioterapia e preocupar-se com o peso, hábitos que sempre teve.

A noção de corpo está associada também, de forma menos enfática, porém notável, a outras duas concepções: “corpo forte” e “corpo propriedade”. A idéia de um corpo forte é expressa principalmente depois que passou pelos tratamentos a que foi sujeita, sobreviver a dois tipos de Ca, resistir e voltar a “viver”.

Eu digo: ter Ca e ter metástase, é complicado. Em menos de dois anos... ter metástase... não é fácil. Cerebral, tu queres pior? Cinco nódulos espalhados na cabeça... dentro do cérebro? Pó... Olha aí... Vê se eu me entreguei? Eu estou aqui... Eu não sinto nada, não sinto nada, nada, nada... minha vida é absolutamente normal. Olha... agora eu fui dois finais de semana para Salinas, fui para praia, faço tudo normal.

Eu vou te dizer, eu sou danada de forte, viu? Nunca ninguém me viu chorando, porque eu não chorava messssmo.

Outra concepção atrelada à noção de corpo é a idéia de corpo como propriedade, ligado a autonomia e independência, expressa pelas suas decisões de ir ao médico sozinha, decidir onde fazer o tratamento, questionar sobre suas chances de “se curar”, de como o seu corpo vai ser manipulado, a que vai estar sujeito, bem como as seqüelas que poderá sofrer “Quando eu percebi que tinha o tumor, eu já procurei ler logo. (...) Eu li muito e perguntava. Tu sabes que eu pergunto”.

A concepção sobre a **doença Ca** apresentou muitas considerações. A primeira idéia foi de Ca como doença crônica, aquela que precisa de intenso cuidado e monitoramento constante, ou seja, necessita de atenção especial e eterna: “Tu sabes que o Ca é uma doença crônica e tem que cuidar para o resto da vida”.

O discurso de Olga não concebe a idéia de Ca como atrelada à morte, porém refere que seus familiares ainda sustentam essa concepção “Mamãe, o papai já até abriu a tua sepultura [referindo-se à fala dos filhos]- (...) Eu dizia, parem com isso gente, eu não vou morrer”!

O Ca foi considerado também uma doença “próxima” e atual, no sentido de acometer muitas pessoas do convívio de Olga (sua vizinha e sua amiga), da rede de relacionamentos da própria família e da sociedade, como se fosse uma doença da atualidade: “Como aconteceu comigo, acontece com

milhares de mulheres, acho que pela alimentação, vida estressante, clima, sei lá...". Entretanto, não apresenta uma proximidade genética, pois desconhece qualquer parente que tenha tido a doença.

O Ca também foi referido com a idéia que suscita "batalha" e "guerra" a ser "vencida" (cura): *"Minha mastologista disse que se curar do Ca era uma guerra, eu disse: então vamos lá para a primeira batalha!". Estes são termos que expressam a visão de Olga sobre a doença, que relata sua vivência como "saga". Sugere-se, na metáfora dessa narrativa, que sua primeira "arma" foi o otimismo e a perseverança "Ah não, não vou morrer agora não. Mas não vou mesmo"!*

A doença oncológica ainda remete à sensação de apoio familiar e de amigos, caracterizada por sentir-se cuidada; *"meus familiares ficaram muito próximos, iam comigo ao médico, quando tinha que fazer exames... minha filha cozinhava..."* Entretanto, sem se posicionar de vítima ou de doente *"Nunca deixei ninguém me tratar como doente. Eu mesma tomava banho... (...) com 20 dias já fui para perto do fogão..."*

Em contrapartida, compreende que o Ca é uma doença psicossomática, definido como tendo a participação do emocional e de uma vida de estresse... *"pode acontecer por um abalo emocional muito forte..."* E, que existe ganhos secundários com a doença, embora não saiba identificá-los no seu caso.

A princípio o Ca foi visto como uma doença limitadora, não pelo tumor propriamente dito, mas pelo **tratamento** que exige. O que determina o verdadeiro porte de doença não é o tumor, mas o poder de afetação que o tratamento de Ca causa ao organismo. Pois é quando o tratamento começa, que o mal-estar físico se inicia, que a idéia de doença se afirma, tanto para quem habita o corpo (Olga), como para quem o vê de fora (os familiares, principalmente). *"Peguei meu filho chorando várias vezes. (...) Em vez deles me darem força, eu que dava força para eles"*.

A análise do discurso ligado ao tratamento de Ca foi organizada de acordo com os itens que a pesquisa propôs estudar, considerando que faziam parte da propedêutica e dos momentos do processo de tratamento de Ca: **diagnóstico, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.**

Sobre o diagnóstico, o sentimento captado foi de estranhamento corporal apenas quando notou o nódulo na mama pelo auto-exame, que segundo suas informações, já considerou a possibilidade *“eu percebi pelo auto exame, e já desconfiei, porque o tumor de Ca não é redondinho, é todo irregular”*.

Da sua própria percepção até o laudo final sobre o tumor, embora sempre tenha sustentado que se tratava de um tumor cancerígeno, pois os pareceres eram sempre os mesmos, vindos da ginecologista, da mastologista, do médico que fez sua coribiópsia e do próprio laudo do exame, em algum momento, o impacto afetou o corpo, mas ela não conseguiu descrever, tamanha sua racionalidade em lidar com o fato. Ela considerou que suas emoções naquele momento não seriam de ajuda *“Prefiro chamar a razão nessas horas. Assim consigo resolver as coisas”*.

Perante o relato de Olga, percebeu-se um preparo de sua parte para o recebimento das informações que foi tomando conhecimento, demonstrado tanto pela sua submissão imediata a todos exames e métodos, ambos invasivos, como pelas perguntas ao médico sobre suas chances de sobrevivência *“O que me surpreendeu? Nada. Os médicos me preparam para tudo”*.

Na verdade, os médicos lhe avisaram sobre suas mudanças, assim como deve ser feito. Ela se preparou para as mudanças, eis a diferença. Talvez sejam esses procedimentos que indiquem uma sincronia da imagem corporal com o esquema corporal, facilitando a noção e a incorporação de cada mudança e informação que atingisse o corpo, como os próprios discursos médicos.

Doutor... pode me falar. Não tem problema nenhum. Quais as chances que eu tenho? Em porcentagem... Quantos porcentos de chance eu tenho de ficar bem ou de morrer dessa doença? Com quantos anos mais ou menos?

Seu discurso questionador mostra o quanto ela recruta seu intelecto e sua capacidade de racionalização, que se mostra aqui, como uma defesa egosintônica. Se por um lado há uma habilidade intelectual de lidar com o sofrimento, por outro lado, percebe-se uma deficiência em lidar com os sentimentos que se mostram com a doença.

Sobre a **cirurgia**, o sentimento envolvido foi a sensação de alívio. Convém considerar que a amputação da mama representava a possibilidade de se livrar do tumor e assim, da doença.

Eu queria era me livrar da doença, livrar dos tumores né? Quando acabou eu pensei: estou livre, agora eu estou livre. Eu vou continuar com o tratamento, só para evitar células... Agora eu estou bem. Então eu não tive problema!

A cirurgia remeteu também a idéia de dor e limitação dos movimentos (devido principalmente ao esvaziamento axilar e o uso do dreno), e a uma rotina, relacionada às sessões de fisioterapia para recuperar a mobilidade. Contudo, Olga refere que mesmo com essa limitação, preservou sua autonomia e independência “*eu continuei fazendo as minhas coisas só*”, isto é, aparentemente a alteração do esquema corporal de Olga caminhou no sentido de reintegração e reconfiguração da imagem corporal.

A **quimioterapia** foi significada e vivida como o procedimento mais agressivo, invasivo e sofrido. Ela ataca as defesas do organismo e o deixa mais suscetível a infecções.

A minha boca ficava toda ferida... tinha aftas... tive que usar antibiótico, cálcio... Dava conjuntivite, porque caía os cílios e infeccionava... É complicado, é bem complicado.

Estão associados ainda a este método de tratamento, tanto a dor como o sofrimento. De forma que ele adquire o status de doença, pois os efeitos do tratamento se assimilam a uma enfermidade. Foi considerado o procedimento mais impactante e desgastante, mesmo que se tenha instrução sobre seus efeitos.

(...) a primeira quimio... você vai...né? Nunca fez... Eu estou sabendo que a gente vai sentir alguma coisa e tal, o médico explica antes, mas você saber é uma coisa, você sentir o efeito é outra coisa. Eu estava lá conversando com a minha sobrinha, fazendo a quimio, numa boa... Quando eu vim no carro, eu já comecei a me sentir mal. Começou a me dar aqueles reboliços no estômago. No que eu cheguei, já foi me acabando. E é horrível! Não é assim... um vômito normal, quando a gente realmente sente alguma coisa que fez mal. A sensação é que você sente que seu estômago vai sair todinho pela sua boca. É muito ruim a sensação. Se você vomita e passa o enjoô... tá, mas não passa. É um enjoô que você sente o tempo todo.

A quimioterapia ainda foi o procedimento que causou mais transformações ao organismo, pela mudança na aparência (principalmente a

estética) e o mal estar físico, portanto que exigiu muitos cuidados e readaptação, devido à imunidade baixa e às mudanças físicas.

Unhas quebram todas, ficam sensíveis também, os dedos, as unhas ficam rochas, tudo escuro... não tinha nada a fazer. Eu perguntei para o meu médico e ele disse que era reação da quimio e que não tinha nada a fazer. Até a unha do pé ficava toda escura. Eu ainda pintava e tudo, fazia para disfarçar, mas os dedos ficam. Tu sentes umas dormências também... nos dedos dos pés, nos dedos das mãos...

Entretanto, é a rádio que causa mais seqüelas ao organismo, uma vez que as mudanças provocadas pela quimioterapia são reversíveis, diferentemente da radioterapia. Sua primeira rádio queimou seu pulmão e a segunda seus neurônios. Assim, a **radioterapia** configurou-se, como o procedimento que necessita de mais cuidados extras devido às seqüelas que provoca, além dos seus efeitos colaterais (queimadura e ressecamento da pele).

A **Hormonioterapia** foi principalmente associada a interferências sexuais, como a perda da libido e da lubrificação vaginal “*Tu sabes que o inibidor de hormônio tira um pouco da tua libido, do teu desejo sexual, essa coisa toda*”. Configurou-se como uma herança do Ca, por remeter ao uso de medicação por longo período, ou às vezes por toda a vida (isto é, mais um hábito para a nova rotina de cuidados).

Sobre o Ca, é interessante notar que poucas doenças sejam tão assintomáticas quando surgem no organismo como o Ca, no sentido de não trazer a dor como alerta. Como também poucas que dão tantos efeitos colaterais quando tratadas, ou seja, o Ca é uma doença silenciosa, mas seu tratamento é “barulhento”. Enquanto o que alerta a maioria das doenças é a percepção da dor, cujo sinal leva ao tratamento, com fim de eliminá-la, o Ca faz o trajeto contrário, o tratamento é que leva a dor²⁵. Enfim, realiza-se a maioria dos tratamentos para não sentir dor, mas quando a enfermidade é a oncológica é a dor que caracteriza o tratamento. A consequência disso é a representação de uma patologia necessariamente atrelada aos seus métodos de tratamento.

²⁵ Ressalta-se que isto também acontece com Hepatite C e HIV/AIDS.

É interessante observar também que possivelmente, a maioria das pessoas não sabe os métodos de tratamento do HIV, ou as medicações da hanseníase ou da tuberculose ou os procedimentos para tratar de uma retocolite. Mas comumente se associa os tratamentos de Ca a quimioterapias e rádio, como a hemodiálise a pacientes renais, dada a configuração dolorosa e sofrida desses tratamentos e os comprometimentos que estes apresentam na vida da pessoa. Assim, o tratamento de Ca é o personagem que tem cara de vilão, mas na verdade é o herói. Lembra um inimigo porque ataca (o organismo), mas é o amigo porque salva (o corpo), portanto, desperta sentimentos ambivalentes.

Com isso, entendeu-se que o tratamento do Ca, independente do órgão atingido é agressivo. O Ca de cérebro, não exigiu nem cirurgia, tampouco quimioterapia para o resultado do tratamento ser positivo e surtir efeito. No entanto, somente com as sessões de radioterapia, houve uma modificação genética do cabelo, prova que o tratamento de Ca, seja qual for ou onde ele se localiza (mama ou cérebro) gera seqüelas, sendo que neste caso, foi na textura do cabelo, além de provocar lapsos de esquecimento e uma ligeira perda da visão.

Em virtude de tudo que foi descrito sobre o tratamento de Ca, compreendeu-se que as principais associações que se refere a ele são de perdas e mudanças (relacionados aos seus efeitos e seqüelas) e de seu potencial de agressão e de ameaça a vida. O tratamento está ainda vinculado aos sentimentos de tristeza, feiúra (transformações na aparência, esquema corporal – imagem corporal) e chateação. Estas mudanças demandaram uma re-elaboração da imagem corporal:

(...) na época do tratamento Ca, eu me achava bem feinha, foi na época do inchaço, mesmo. Tu fica com a cara inchada... fica com as bochechas DESSE tamanho... não é um rosto gordinho... é um rosto diferente. Ai, tu sem cabelo, sem sobrancelha, com a cara preta, com aquela cara de E.T... visualiza... eu me achava muito feinha....

Com relação à idéia de sucesso do tratamento, isto é, o seu resultado como sendo positivo, atrela-se primeiramente a auto-confiança (desejo e disciplina), *“procurava fazer tudo certinho, tudo bem direitinho, para poder vencer a doença”*, que por sua vez, remete uma confiança no potencial

do médico *“Ele é muito bom, viu? Membro da faculdade de medicina oncológica dos Estados Unidos...”*, no apoio familiar, baseado no sentimento de ser bem quista e amada, *“Eu ia aos médicos..., ia uma comitiva comigo”*, num bom plano de saúde e no aparato tecnológico da medicina, restrito à cidade de São Paulo *“tem que ser a de lá mesmo, da Beneficência, que aquela máquina de lá é maravilhosa, é de alta resolução messssmo!”*

Considerando que a proposta de trabalho foi articular os conceitos de imagem corporal que por sua vez remete ao conceito de esquema corporal, e de feminilidade, que por sua vez remete ao conceito de mulher, buscou-se os significados destes na participante da pesquisa, com a finalidade de atender aos objetivos da pesquisa.

Os sentimentos presentes no que se refere ao **esquema corporal** são, por um lado de insatisfação, por outro, de conformismo. Olga pondera suas mudanças, porque diz saber que elas seriam passageiras.

Com relação ao esquema corporal apresentou dificuldade de lidar principalmente com as seqüelas do tratamento. As principais referências são: a descalcificação dos ossos, por provocar dores articulares, o cabelo, por não ter voltado ao normal e os lapsos de memória, por interferir em seus relacionamentos e no modo como era vista *“todo mundo dizia que a melhor memória da casa era a minha”*.

Contudo, Olga resgatou recursos internos (iniciativa de raspar o cabelo, de usar a prótese e exercitar a memória) e externo, (utilização de lenço na cabeça e da prótese, e agora como reconstituição), para lidar com essas seqüelas, além de ter tomado várias medidas para não desconfigurar sua imagem corporal e sua aparência, demonstrando assim sua preocupação com essa dimensão, embora não fosse soberana.

Refere também como grande alteração do seu esquema corporal a mudança da coloração da pele e do cabelo e o processo de engordar e emagrecer, o que na verdade refere-se à retenção de líquido pelo uso da medicação. Olga considerou que estava “feia” e muito “estranha”, mas não se desconheceu, permaneceu com sua auto-imagem de mulher e feminina.

Percebeu-se que configurar e reconfigurar a **imagem corporal** exige sempre um luto, por tratar-se de uma perda. A primeira perda que a mulher faz

quando recebe o diagnóstico é de uma idéia, de uma condição, a concepção de um corpo saudável. Receber e aceitar o diagnóstico de Ca é desconfigurar a idéia de que se abriga um corpo “saudável” para configurar que agora se ocupa um corpo doente, enfermo, embora muitas vezes não pareça.

Assim, entendeu-se que a imagem corporal pode ser abalada tanto por uma mutilação (perda da mama ou de qualquer parte do corpo) como por uma conversa (um diagnóstico, uma briga, uma humilhação).

Observou-se que a idéia de reabilitação está intimamente ligada à configuração da Imagem corporal e do seu esquema corporal, pois não há como se iniciar um processo de recuperação sem se considerar uma marca ou um prejuízo, e, portanto, a introjeção de uma perda, como o caso da memória e da mama, por exemplo.

Olga conseguiu se reconhecer como alguém que enfrentava uma doença grave e entendeu que esta ameaçou a sua vida, mas não se posicionou como alguém que estava doente ou prestes a morrer. Entendeu que embora seu esquema corporal estivesse mudando, sabia que esta mudança tinha uma justificativa maior e que era passageira, pois acreditava que retornaria, quando o tratamento a como se apresentava antes, o que é uma ilusão, pois sempre manterá alterações, ainda que mínimas e que

Concebeu-se que Olga apresentou uma percepção aguçada de seu corpo, pois foi capaz de acompanhar com o toque, a diminuição do tumor de sua mama pelas sessões de quimioterapia, tamanha a noção de sua integração entre esquema e imagem corporal.

Percebeu-se também que quanto mais firme e segura em relação à imagem corporal, melhor se lida com as mudanças do esquema corporal, sejam as que fazem parte do ciclo de vida (adolescência, gestação, velhice), ou as mudanças em virtude de uma doença, tratamento ou amputação, inclusive para o uso de próteses, seja internas ou externas. *“Eu uso prótese o dia todo, não coça, não me incomoda, não tenho alergia, nada!”*

Assim, verificou-se que esquema e imagem corporal são estruturas que fazem referência à noção de saúde e beleza para Olga, e estes, por sua vez são captados pela aparência e estética de uma pessoa *“Um cabelo bem*

cuidado, uma pele bem cuidada, uma pessoa corada, é aparentemente uma pessoa saudável... e esteticamente bem”.

Concluiu-se que as alterações no esquema corporal não produziram alterações na **imagem corporal feminina** de Olga, embora tenha reconhecido que todas elas tiveram implicações nesta dimensão. No entanto, Olga continuou configurando uma imagem de si mesma como uma pessoa extremamente otimista, guerreira e forte, por considerar ter enfrentado o Ca como uma guerra (batalha). De tal modo que sua auto-imagem permaneceu positiva, como indica sua configuração antes do tratamento. Considerou-se que Olga foi capaz de reconfigurar as mudanças do seu esquema corporal aproximando-as da imagem de mulher. Isto é, não visualizou-se uma crise de identidade feminina em função das alterações do esquema corporal, devido o tratamento oncológico.

A **concepção de mulher** está associada principalmente a de um sexo que se caracteriza pela astúcia e arte-mania, como quem lida com as situações da vida, principalmente familiares.

Essa “habilidade” feminina é referida quando descreve a relação de seus pais *“Minha mãe era muito generosa, nunca alguém saía de casa com as “mãos abanando”. Meu pai ficava danado da vida com ela, mas tinha que aceitar”*. Sem se aperceber, Olga define sua relação marital semelhante com a dos seus pais *“meu marido é mandão e super controlador, mas ai eu vou, de vagar... mulher tem um jeitinho... vai contornando”*.

Na opinião de Olga essa habilidade também sugere a mulher como mais inteligente e segundo ela, menos racional e mais emotiva. A noção de mulher também está vinculada à questão do “instinto maternal”, suscitando a imagem de mãe e de “pessoa amiga” e carinhosa. Mas ela concebe que a mulher não precisa exercer a maternidade para ser maternal.

Existem mulheres que não querem ser mães. Eu conheço. Mas mesmo elas não querendo ser mãe, elas acabam sendo mães dos filhos dos outros, eu conheço um caso assim. Porque é do instinto da mulher ser maternal.

As principais idéias que estão relacionadas ao conceito de mulher feminina são: *“A mulher é feminina quando preza pela sua aparência”*; *“valoriza a beleza”*, *“é vaidosa, se arruma, mantém o peso...”*, e *“consegue o que quer”*.

A mulher é feminina *não necessariamente* quando é bonita, mas quando se cuida, valoriza seus atributos femininos, utilizando-os como poder de sedução, “*O importante é se cuidar! A mulher tem que se cuidar (...) Quando se pensa que está fazendo pela saúde, também está fazendo pela estética*”. Então, a feminilidade para Olga está associada principalmente ao um padrão estético e a sensualidade. No entanto, o exercício da sensualidade não implica no exercício da sexualidade.

A **sexualidade** para Olga esta atrelada à idéia biológica, fazendo uma construção da sexualidade ligada ao desejo como critério orgânico, à produção hormonal. A sexualidade de Olga está ligada à idéia de que o prazer sexual é promovido pelo contato genital, fazendo a equação $\text{libido} = \text{penetração}$, ou seja, estabelecendo uma relação em que intimidade (dar e receber carinho intimamente) não corresponde à obtenção de prazer sexual. Aliada a essa concepção, Olga também confere a sexualidade ou pelo menos a satisfação sexual, como um mecanismo de origem puramente orgânica, a qual pode definhar, tal como os órgãos do corpo, conferindo a idéia de que a prática sexual pode morrer com o envelhecimento do corpo. No caso da mulher, junto com a menopausa. Então, a participante distingue sensualidade de sexualidade, concebendo que a mulher pode ser sensual sem desenvolver sua sexualidade.

A **perda da mama** foi um aspecto espontaneamente pouco abordado pela participante, mas falado quando solicitado. Considerou-se que a mama mostrou-se com pouca representatividade para Olga como um órgão da maternidade e da feminilidade e que a visualização do corpo sem a mama foi assimilada antes mesmo da mutilação de fato.

O tratamento de Ca, seguindo a avaliação de Olga, não alterou sua apresentação social, pois não interferiu nos seus atributos sócio-culturais femininos, pois “tudo” voltou como era antes. Mas este discurso não se manteve coerente. No decorrer de suas falas têm-se a indicação de vários momentos em que a imagem corporal feminina sofreu alteração e esta foi percebida como negativa. Talvez a não valorização da negatividade da situação por Olga se dê pelo fato de ter preservado outros aspectos e

comportamentos que ela percebe como compondo o gênero feminino, como o de esposa, mãe e cuidadora.

A princípio determinou que só a mama e o cabelo não retornaram ao original. Mas como alguém de grande percepção corporal, Olga não deixou de observar cada mudança. Mas estas vieram relatadas com dificuldade, a partir de muita instigação, provavelmente porque sejam sutis para ela e para o social, representando também pouca importância diante da gravidade da doença oncológica, ou porque que essas alterações suscitem sentimentos de ambivalência, (ao mesmo tempo em que rejeita, as assimila), por isso a dificuldade. Porém, se pensarmos que cada configuração, mínima que seja, tiver sofrido uma mudança, o resultado vai ser uma mudança nada sutil, por isso se nomeou diversas vezes, de “E.T”.

-Você atribui ao tratamento mudanças na sua feminilidade?

- Nãoooooooo... sim... no corpo... só a sobrancelha que ficou rara, o cabelo que modificou. Ai, eu encho de creme e tal. Estou tentando hidratar mais para ver se ele melhora, para ficar bonitinho, mas ele mudou. Não vou te dizer que ele ficou igual... modificou. Eu gostava muito do meu cabelo. Ele era bonito. Estou tentando dá uma melhorada nele, mas ele não é mais. (...) depois tudo volta ao normal. Sua pele volta ao normal, aquela secura todinha... volta ao normal, a sua pele, a sobrancelha, mas ficou um pouco espessa, mas ai a gente ajeita. Pinta, ai dá uma solução. Os cílios ficaram mais raros...

Uma mulher feminina para Olga então, tem o comprometimento com a sensualidade e a sedução que correspondem respectivamente a um investimento na aparência e no poder de persuasão, e com as características de cuidadora, figura maternal, sem necessariamente ser mãe.

Considerando o discurso da doença como enfoque, observou-se que as temáticas mais levantadas por frequência foram: as seqüelas do tratamento, principalmente da radio (pelos lapsos de memória que interferiram no modo como era vista – olhar do outro); pela medicação (descalcificação dos ossos, que levam a dores articulares); e o controle que deve ser exercido para monitorar a doença (até o fim da vida).

Considerou-se como temáticas novas ou idéias inéditas que o discurso da participante trouxe: a rotina diária dentro do lar, caracterizada pelo uso de medicamentos contínuos para continuar o tratamento “*Tomo um comprimido de Arimidex até hoje*”, somado a outros medicamentos para

amenizar os efeitos do tratamento de Ca *“Tomo cálcio, faço zometa... porque o arimidex já vem esculhambando outra coisa”* e a rotina periódica a clínicas, médicos e laboratórios, como fontes de tensões e “ameaças”.

(...) você tem que passar por aquela rotina pelo resto da sua vida. Eu raramente ia ao médico. Eu ia à ginecologista somente. Eu achava que não tinha porque eu ir ao médico, eu não sentia nada, a minha enxaqueca eu sabia porque era. Agora não, eu sou obrigada mesmo, a ir de seis em seis meses ao médico para fazer todos aqueles exames, as tomografias que me incomoda, as do abdômen porque eu tenho que tomar cinco copos de iodo e me dá vontade de vomitar... entendeu? E as coisas injetáveis... E as veias do braço esquerdo... sabe como fica com as quimioterapias, né? Acaba. Ai, eles ainda me dão um monte de furada... quer dizer, tudo isso é uma modificação que a gente tem... tenho que ir de seis em seis meses em São Paulo fazer a ressonância. Quer dizer, essa rotina realmente muda na nossa vida.

Chama-se de rotina periódica, o “ritual” promovido pela submissão pré-determinada a exames laboratoriais e visitas médicas rotineiras. Trata-se de um período de tensão e ameaça de vida (*“eu tenho essa preocupação, mas lógico, isso não é bobagem”*), à medida que a qualquer momento, a mulher pode receber outro diagnóstico de Ca (tensão/sofrimento), além da dor ao se submeter a exames muito desconfortáveis, somados a fragilidade do organismo depois do tratamento de Ca.

Para finalizar os dados da entrevista, é possível afirmar que esse instrumento permitiu uma correlação com os dados obtidos através das escalas, sobre a verificação do processo de alteração da Imagem corporal feminina. De maneira que este pode ser averiguado tanto pelas escalas, como pelas entrevistas, de forma qualificável. Os resultados foram analisados parcialmente, uma vez que eles foram obtidos separadamente como demonstra o procedimento, porém, de forma articulada com todas as outras formas de coleta dos dados.

3) Resultado do instrumento: desenho

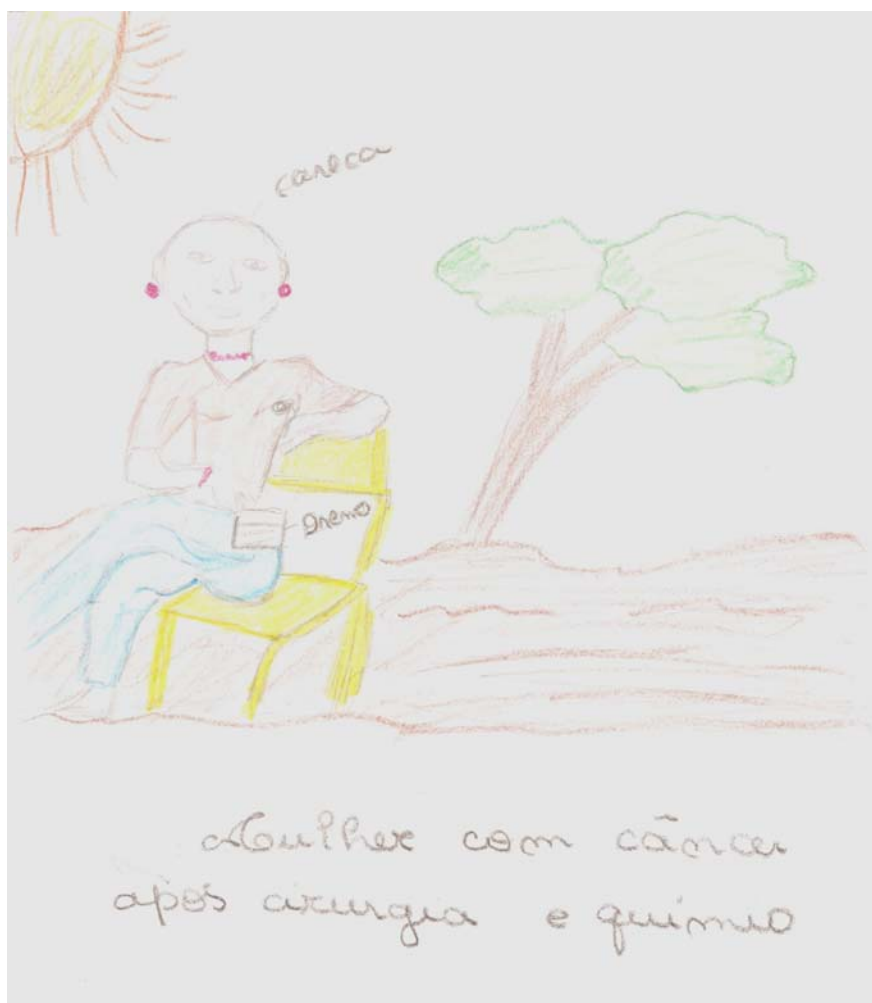
Os desenhos foram tomados como produção gráfica da participante, onde pode expressar percepções particulares e singulares a respeito de si mesma, particularmente no que diz respeito a sua imagem corporal (aqui unicamente reduzida a “como ela se vê” e “como se percebe”). Neste sentido, não foi utilizada uma técnica especial e padronizada para avaliação dos

sentidos, uma vez que sua utilização não tem por objetivo avaliar ou diagnosticar a personalidade de Olga.

Desta forma pode-se considerar que a produção gráfica proposta foi tomada em sua dimensão expressiva e ilustrativa, muito mais do que sua dimensão projetiva, embora seja impossível ignorar que a técnica efetivamente propicia a projeção de conteúdos inconscientes de quem desenha. Portanto, os desenhos foram usados como facilitadores e mediadores para favorecer a expressão sobre como a participante se percebia e via seu corpo.

Verificou-se através dos desenhos uma compatibilidade entre o seu discurso e as escalas. Olga desenhou a partir dos comandos: “uma mulher com Ca de mama” (Desenho 1) e outro de “uma mulher como estaria agora” (Desenho 2).

DESENHO 1: Mulher com Ca de mama



HISTÓRIA:

Meu depoimento: E agora... estou com Ca de mama, o que fazer?

A primeira coisa que fiz foi seguir todos os procedimentos necessários, buscar conhecimentos sobre o Ca em livros, internet... através de pessoas que estavam ou já passaram por isso..., ou seja, trocar experiências.

Pensei da seguinte forma: o Ca nos dias atuais, com a evolução da medicina, não é mais necessariamente uma doença fatal, tudo é possível, inclusive a cura.

Passei por todos os tratamentos adequados e necessários: quimioterapia, radioterapia, inibidor hormonal, exames complexos... porém necessários. Porque disso dependia o sucesso do meu tratamento. Tentei encarar essa doença da melhor forma possível, apesar de sofrer bastante com os efeitos da quimioterapia (perdi os cabelos e todos os pêlos do corpo... a cada quimio tive conjuntivite, a boca ficava cheia de aftas, a pele muito ressequida, enjôos, vômitos, mal estar por 15 dias...). E seis meses depois, tive metástase cerebral, com cinco micro-nódulos. Fiz radioterapia novamente, agora, na cabeça toda. Perdi os cabelos que já tinham crescidos e eles não ficaram mais como antes.

Mas após o tratamento fiquei bem. Faço o controle de tudo. Confio em meus oncologistas, um em Belém outro em São Paulo. E hoje me sinto muito bem, apenas com seqüelas que procuro melhorar: exercitando a memória, que ficou um pouco afetada e algumas dores articulares, devido o uso do inibidor hormonal. Apresento também osteopenia, pelo uso de corticóide, quimio, radio e inibidor... Por isso faço zometa e cálcio via oral. Sou consciente que terei de fazer para sempre o controle, e já estou acostumada.

Levo a vida da melhor forma possível, não me sinto diferente. Para mim, tudo continua bom. Sou e estou de bem com a vida. Quero continuar viva junto a minha família e as pessoas a quem quero bem.

O fato de ter feito mastectomia não me abalou como mulher, continuo me sentindo bem com o meu corpo. Controlo o meu peso, pela saúde e pela estética. Em nenhum momento me sinto menos mulher, apesar de ter a libido bem reduzida por conta do tratamento. Mas sou feminina e tenho as minhas vaidades, sinto-me uma pessoa normal.

Faço o que posso para passar para os outros portadores de Ca a minha experiência, que a meu ver, me enriqueceu de muitas formas. Hoje dou muito mais valor à vida, a família (que já dava antes...), a natureza...

Quero viver bem e em paz.

Sou feliz apesar do Ca, e acredite isso é possível!

Análise do DESENHO

Olga mais uma vez como atestado pelas escalas de Imagem Corporal e pelas entrevistas, mostra que reconheceu suas mudanças corporais, mas que sua Imagem corporal permaneceu sem comprometer sua

imagem como mulher feminina. Seu desenho mostra uma mulher com o esquema corporal alterado, destacando as alterações provocadas pelo tratamento cirúrgico (perda da mama e uso do dreno) e da quimioterapia, destacando a alopecia e a perda dos pelos. A figura do desenho, inclusive, não apresenta sobrancelha.

Apesar do desenho retratar uma realidade que induz a idéia de sofrimento e dor, o tratamento de Ca de mama, Olga faz um desenho muito colorido e vivo, utilizando elementos como sol e árvores, o que sugere o valor que dá em permanecer viva.

Olga desenha uma mulher que apesar da realidade da qual faz questão de escrever no seu desenho *“mulher com câncer após cirurgia e quimio”*, mostra uma expressão facial séria e desgastada, mas não triste, tampouco, *“derrotada”*. Uma mulher ainda feminina, percebida pelo destaque do uso de jóias, (com brincos, pulseira e cordão) até a forma de sentar, típica de uma mulher na nossa sociedade.

O desenho enfoca justamente as conseqüências da quimioterapia e da cirurgia e, de acordo com a opinião de Olga, são os procedimentos terapêuticos mais sofridos e mais invasivos e os que mais alteram o esquema corporal da mulher.

Análise da HISTÓRIA

Quando solicitada que contasse uma história sobre o desenho, começa a fazer um depoimento e enfatiza o que fez quando descobriu que estava com Ca, relatando sua experiência, como se fosse uma *“receita”*. Uma *“receita”* para sobreviver ao Ca, da qual apresentou os seguintes *“ingredientes”*: seguir os procedimentos e confiar nos médicos e na medicina, conhecer o *“inimigo”* (o Ca), conversar com pessoas que tiveram a mesma doença e ser otimista (apostado na evolução da medicina e na sua própria força).

A história do desenho também retrata que os procedimentos, cirurgia e quimioterapia são as etapas do tratamento mais sofridas e dolorosas. Inclusive, faz questão de relatar cada efeito deste último tratamento. Todos modificam os atributos da feminilidade. Mas que no seu caso, o fato de

considerar outros atributos, talvez os papéis que a mulher exerce (como o de ser cuidadora de seu próprio corpo e do outro), serviram como meio de contornar a feminilidade afetada, dizendo não se sentir menos mulher, uma vez que preservou sua vaidade.

Este é um item que Olga expressa sua “noção de mulher”, compreendida como aquela que se cuida para se manter bonita (“*tenho as minhas vaidades*”) e que não precisa apresentar desejos sexuais (“*não me sinto menos feminina, apesar de ter a libido reduzida*”), embora seja a típica resposta de gênero que a nossa sociedade coloca e enfatiza.

Contrariando todas as indicações que descreve no seu depoimento, tal como fez com as possibilidades e os prognósticos que os médicos lhe fizeram, Olga termina com um final feliz sobre sua doença “*Sou feliz apesar do Ca, e acredite isso é possível*”. Então, logo lhe perguntei, “por que o “acredite”? Quem dúvida? E ela disse: “*Quem não quer vencer a doença*”. *Quem não quer dar a cara pra bater... quem se entrega, quem se coloca na posição de vítima...*” Tudo que Olga, não fez!

DESENHO 2: Mulher no estado atual



HISTÓRIA

Como estou agora? Celebrando a vida!

Todos os dias acordo e dou graças por mais um dia de vida, e desejo que se multiplique por muitos anos. Dou bom dia à natureza, ao sol, ao firmamento, às nuvens, às plantas, animais e é claro, às pessoas. Hoje sei que sou e sempre fui querida e amada por todos (é assim que me sinto) em relação a familiares e amigos.

Eu fiz mastectomia com esvaziamento axilar e outros procedimentos necessários para o meu caso, mas encarei com naturalidade esses fatos, porque eu tinha consciência que salvariam a minha vida. Hoje, estou decidida a fazer a reconstituição mamária, pois tenho essa possibilidade.

Depois tive metástase cerebral, porém, também superei, com força, determinação e muita disciplina. O importante é que sou feliz. Me sinto bem e vejo a vida como uma dádiva divina que precisa ser celebrada.

Faço o controle periódico e tenho bons resultados. Daqui para frente, vou continuar a fazer tudo que for possível para continuar feliz, tranqüila e consciente de que tudo é possível.

É incrível como nos descobrimos quando passamos por situações limites como esta. No meu caso, o saldo foi positivo, talvez porque procurei usar mais a razão do que a emoção. Não me sinto uma doente, mas uma pessoa que enfrenta de frente e com lucidez o seu problema. Estou bem e isso que importa! Viva a vida!

Análise do DESENHO

Ainda mais vivo e colorido que o primeiro desenho, este resgatou mais uma vez os elementos da natureza e retratando uma mesma mulher, mas em diversas situações, das quais ela mesma explica (dançando, plantando e lendo), atividades que ela relatou como as que lhe dão muito prazer. E é isso que o desenho expressa: desejo de viver, de agir, de fazer toda a sua energia libidinal circular.

O comando para o desenho não sugeria que a participante desenhasse alguém que não teve Ca, ou que teve e estava curada, ou qualquer outro comando que sugerisse a idéia de alguém doente ou saudável. Mas a projeção da paciente foi nítida. Desenhou-se como estava. Se vendo como uma pessoa “saudável” e capaz de exercer qualquer atividade, inclusive atividades típicas do gênero feminino, depois de uma doença.

Notadamente se percebe que as figuras femininas desenhadas têm o mesmo perfil e que, portanto, trata-se da mesma mulher (ela confirma este fato

no seu relato). Desta vez a mulher é desenhada e bem delineada como mulher, com os cabelos curtos, mas bem explícitos de cor preta, além de outros aspectos femininos, como se a feminilidade retornasse com o fim do tratamento.

Análise da HISTÓRIA

Mais uma vez, Olga conta sua história, vivências e experiências com o Ca de mama, mastectomia e esvaziamento axilar, como possíveis de serem tratados e capazes de serem superados.

O relato enfatiza principalmente dois aspectos: primeiramente sua percepção de que após o Ca ocorreram mudanças radicais na vida, devido o uso de medicamento, rotina laboratorial rigorosa, freqüência médica e outros, mas que podem ser vivenciadas e superadas, possibilitando a gratificação de ainda continuar viva.

Essas mudanças podem ser externas (perda da mama, por exemplo), interna (seqüelas como descalcificação), periódicas (perda dos pêlos) e outras eternas (alteração genética capilar, no seu caso), mas que nenhuma é capaz de danificar sua alegria ou a percepção da vida, ou ainda, a imagem que tem de si mesma, impedindo a sua satisfação pessoal, mas com restrições. Essas últimas referem-se às marcas que deixam em alguém que um dia teve Ca, um monitoramento das funções do corpo, como a ênfase no controle que tem de realizar periodicamente. Entretanto, segundo Olga, nada que impeça alguém de seguir a vida e suas atividades normais como se não tivesse adoecido, embora reconheça que precisa se cuidar mais do que alguém que nunca teve Ca.

Se, o desenho por si só, provoca a impressão de uma mulher cheia de vida e de vontade de viver, a história do mesmo só confirma a idéia.

Enfim, considerando-se os objetivos da pesquisa, o estudo deteve-se, no processo de configuração psíquica que a mulher elabora para conceber sua imagem corporal feminina, levando em consideração principalmente as marcas psíquicas da alteração da configuração do esquema corporal, em detrimento das marcas físicas da propedêutica, uma vez que se considerou

toda e qualquer mudança a nível corporal que pudesse alterar a configuração da imagem assimilada antes da doença.

Considerou-se que essas marcas foram abordadas por Olga como lições: 1) aconteça o que acontecer, a mulher sempre pode se cuidar, preservar sua saúde, sua higiene e sua aparência; 2) uma doença pode redimensionar os papéis dentro do lar (como o de esposa, ligada ao viés sexual, e de mãe, ligado a cuidadora), mas que essa plasticidade deve ocorrer e ser bem vinda; e 3) que a vida deve ser usufruída tirando o máximo de satisfação das atividades que lhe instigam bem estar, e não absorver momentos que não ofertam prazer, uma vez que a morte é um fenômeno eminente: *“Eu falo para o meu marido que eu tenho que aproveitar a vida, por que se eu morro, ele fica bem ai... curtindo a vida...”*

Concluiu-se então, que a principal marca psíquica advinda com a alteração do esquema corporal, proveniente das marcas físicas do tratamento e da experiência de ter tido Ca, foi a Imagem corporal feminina de uma mulher forte e resistente.

Aliás, o nome fictício para a participante, veio de *“Olga Benário Prestes”*. A associação deste nome com a participante tem a ver primeiramente com o próprio nome. Seu nome verdadeiro é de uma mulher conhecida pela história, pela beleza e por esta envolvida em uma guerra consagrada.

Inicialmente foi pensado *“Anita”* de *“Garibaldi”*, por também retratar uma mulher guerreira, para frente, no sentido de não se abater. Mas considerou-se que Olga era um nome mais propício, por suscitar uma mulher mais feminina, (talvez por associar a personagem do filme brasileiro vivenciada pela atriz *“Camila Morgado”*). De qualquer maneira, trata-se de uma mulher lutadora, conhecida não só pela sua beleza, mas pela força que apresenta.

Como *Olga Benário*, esta Olga travou uma luta, mas não contra os Nazistas, mas contra o Ca, e diferente da primeira mulher, tem vencido as batalhas.

(...) Quero deixar registrado que sou uma pessoa de bem com a vida. O Ca é uma circunstancia apenas. Como se fossem pedrinhas no sapato que retiro uma a uma, até não restar mais nenhuma.

Olga mostra que tem noção que o sofrimento consagra. E, como todas as mártires da História, também serve de identificação e exemplo.

DISCUSSÃO

Na discussão se articula feminilidade e suas formas de expressão, questões sobre a doença, Ca de mama, esquema corporal e imagem corporal relacionados com a literatura. Com base nestes, é possível revelar que Olga não corresponde ao perfil químico-biológico de mulher predisposta a Ca de mama, considerando as pesquisas de Lima e col (2001) e de Almeida (2007).

De acordo com Lima e col (2001) o perfil adotado como protetor do Ca de mama são: menarca precoce, menopausa por volta dos 50 anos, distribuição de gestação, amamentação prolongada, primiparidade entre 18 e 27 anos e exposição hormonal endógena e exógena baixa, sendo que Olga menstruou com 12 anos, sua primeira gestação foi aos 21 anos, usou anticoncepcional por apenas 5 anos (isto é, esteve sujeita a baixa exposição hormonal), e ainda, teria a menopausa por volta dos 50, caso não tomasse inibidor de hormônio. Apresentou uma única exceção ao perfil, não amamentou nenhum dos filhos, por mais de três meses. Olga revela ainda, que desconhece qualquer caso de Ca na sua família. *“Eu sei que eu tenho o gene supressor, mas eu sei também... que mesmo tendo o gene supressor, eu poderia nunca ter tido a doença e nunca desenvolver”*. Certamente, pois o corpo humano não é uma mera máquina biológica, mas uma máquina de interações.

Considerar essas diversas dimensões que atingem o corpo é entendê-lo sob o **ponto de vista psicossomático**. No que diz respeito a este aspecto, procurou-se investigar as interferências psíquicas no Ca de Olga.

O motivo pelo qual uma mulher pode ter Ca? Ah... são muitos... além de você ter a herança genética, ou no caso de você não ter... têm os hormônios.... Você fazer uso de anticoncepcional, ou de fumar, ou de beber... (isso aí é muito importante). (...) o estresse... olha é muita coisa. Por isso eu te digo, a gente não sabe por que aconteceu.

Então, questionou-se suas lembranças sobre a época que descobriu o Ca. A resposta sempre vinha com um *“estava tudo bem”*, até que uma foi associada à relação de namoro conturbado da filha. *“Ela sofria muito e chorava. Aquele homem fez um estrago na vida daquela menina. Ele avacalhava com ela”*. A *“avacalhação”* vinha de um discurso de

desmerecimento do namorado que dizia estar se relacionando com uma mulher feia, “Pior... ela começou a acreditar. E engordou, engordou...” (uma violência psicológica que agredia a imagem corporal da filha?).

Quando propus que pensasse sobre a relação entre fazer 50 anos de vida e ter Ca, ela disse:

Sabe, fiquei pensando sobre isso esses dias e comentei com a minha filha. E ela disse assim: “mãe, mas tu também criaste esse Ca. Assim, como a “prima” criou, tu também criaste. Com a diferença que tu soubeste lidar com ele. Tu bancaste. E a “prima” não!” É... pode até ser, mas eu ainda não descobri.

Sim, pois é muito difícil reconhecer a identificação com a doença quando a identificação na verdade foi com a filha. Visualizou-se a seguinte relação: Olga sabia do potencial de transformação física, e principalmente estética, considerável do tratamento de Ca, por já ter estabelecido contato com muitas mulheres acometidas por essa doença próximas de si. Neste caso, o Ca teria sido uma doença de identificação (refere-se ao padrão estético) com a filha. Por isso, Volich (2000) afirma a importância de investigar o contexto para se verificar a dinâmica pulsional do sujeito, isto é, compreender o sofrimento do cliente, seu modo de vida, de suas relações, seu passado e suas perspectivas de futuro, pois ajuda a elucidar o processo de doença e de tratamento.

De qualquer forma, é possível remeter que o psiquismo de Olga apresenta bem delimitado o seu corpo da necessidade (garantir sobrevivência) com o do corpo do prazer (de vida), revelando uma economia psicossomática menos clivada do que se sugeria, apesar do Ca, pois Olga confirma que sua preocupação, compatível com a apresentada pela literatura, depois que recebeu o diagnóstico, foi primeiramente manter a vida, depois com as perdas que se sucederiam com o Ca: mama, cabelo e a estética (aparência), - (DUARTE e ANDRADE, 2003; MORAES, ZANINI et al, 2006; PINTO e MARTINS, 2006).

Assim, notou-se que a princípio a preocupação das mulheres não é tão diferente das dos médicos: garantir a vida, minimizando ou até desprezando efeitos como, a perda da mama e/ou as outras alterações físicas a que se submeterão. Mas essa semelhança tem limite. O fim do tratamento e

o retorno as suas atividades diárias “acorda” as mulheres para a “vida” ou que qualidade de vida terão depois das efetivas mudanças que sofreram.

Olga refere que o retorno para o lar era gratificador. Notava que era o momento em que mais descobria que queria viver e viver melhor, o que sugere uma nova forma de sentir-se no mundo, onde a sobrevivência é fundamental, mas ter vitalidade é essencial, assim como o contrário. Isto é, garantir não só a vida, mas a capacidade de viver e usufruir o que produz bem-estar, o que comumente é chamado de qualidade de vida (PINTO e MARTINS, 2006).

Certamente que para garantir qualidade de vida é preciso primeiro garantir a vida, o que não justifica desmerecer uma atenção ao decurso do tratamento, as mudanças físicas e de bem-estar do corpo que ele provoca, isto é, as questões da imagem corporal, retratada não somente com a mastectomia ou o esvaziamento axilar, mas pelos outros procedimentos terapêuticos que geram grande afetação no corpo.

Sobre o **prognóstico**, foi possível confirmar o postulado de Teixeira (2001), de que o discurso do profissional da saúde é orientado pelas necessidades humanas básicas, pela patologia e pelo corpo mecânico, pondo entre parênteses a subjetividade.

Olhe, eu vou lhe dizer. A possibilidade de daqui a 10 anos, se você reagir bem e o seu tumor reduzir bastante, vai ser de 40 %. Se não reagir, porque acontece do organismo não aceitar, vai ficar complicado, vai complicar bastante. Fazendo mastectomia... tudo, vai aumentar suas chances, digamos de até 50% de você passar de 10 anos. Esta é a sobrevida para você (fala do médico oncologista SIC).

Gilbert, Cardoso e Wuillaume (2006) mostram que na medicina, o recurso tecnológico é potencialmente o instrumento capaz de revelar o real, por isso, é priorizado em relação a outras fontes de informação, como o discurso da mulher ou suas condições. Em outras palavras, as mulheres pouco participam do diagnóstico clínico elaborado pelos seus médicos ou mesmo do prognóstico, a não ser, permitindo a manipulação de seus corpos para a realização de exames e a ingestão medicamentosa.

É nítido que os médicos não levaram em consideração o estado psicológico de Olga para determinar suas expectativas. No entanto, é possível notar que por um lado, a equipe médica considera que o estado emocional das clientes é importante para não agravar seu quadro de saúde, contudo, por

outro, desconsidera (ou ignora) seu estado emocional como relevante para induzir ou influenciar no seu prognóstico. Esse é um pensamento que muitas vezes tornea um procedimento clínico. Ele fere as concepções psicossomáticas, pois reconhece a subjetividade do sujeito apenas parcialmente e a desmerece no decorrer do adoecimento e na expectativa futura.

No caso de Olga, esta reconhece sua participação no seu processo de recuperação da doença: *“bom, eu disse, depois que o médico me disse minhas chances “Então é com essa possibilidade que eu vou contar. E eu vou chegar lá e vou passar daí” - eu disse para ele.”*

Sobre os sentimentos de Olga com relação à **doença, Ca de mama**, (confiança nos avanços científicos, aceitação e alívio), são classificados pela literatura como reações positivas ao receber o diagnóstico. São compatíveis com os resultados das pesquisas de Regis e Simões (2005); Garcia (2006) e Pinto e Martins (2006). Entretanto, vale ressaltar que, embora esses sentimentos sejam constatados nas pesquisas, o número que os representa é inferior aos sentimentos contrários, representando que esses tipos de sujeitos aparecem com mais raridade.

Este fato confere com a idéia de ego de Olga. Sugere sua força e seus recursos internos, e o seu desejo de ter um futuro longo. A evidência deles, também é possível de ser representada pela fala *“Até hoje eu pergunto. Cada vez que eu vou ao médico eu pergunto “quantos porcentos aumentou a minha chance de viver e continuar bem Dr.”?*, tamanho é o poder do discurso desse profissional.

Esta pergunta, destinada ao médico, também confere com o achado de Tavares e Trad (2005) de que a fantasia da mulher sobre sua vida e expectativa de vida são construídas historicamente, a partir de concepções mitológicas (do senso comum) e científicas (do discurso médico). *“...quando eu voltei com ele... eu contei como foi a cirurgia... levei os exames e ele disse: Poxa, a tua recuperação foi fantástica! Eu nem esperava que fosse acontecer assim”*. Ele disse, exatamente, o que ela precisava ouvir.

Sobre o recebimento do **diagnóstico**, Olga *não* se deteve nos motivos que a levaram adoecer *“Eu não me perguntei por que comigo”*. De

acordo com Regis e Simões (2005), esses tipos de questionamentos, busca da causa do Ca, estão vinculados à negligência com a saúde. Então, o fato de Olga não reconhecer displicência da sua parte para com a sua saúde, contribui para a serenidade com que levou seu tratamento e para não se abater com sentimentos de culpa. Mas se por um lado a culpabilização não se aproximou, a racionalidade não se distanciou.

Eu nunca fui uma pessoa de me desesperar... Eu sempre fui de manter o controle da situação, entendeu? Para poder pensar com a cabeça e poder resolver as minhas coisas. Não significa que eu não tenho o emocional, eu tenho claro, mas vamos dizer... que eu consigo equilibrar, entendeu? Quando eu vejo que as coisas estão pendendo muito... eu vou e chamo a razão, entendeu? Ai eu enfrento. Eu sempre fui assim, eu acho que é de natureza mesmo.

Eu pensei assim: bom aconteceu. Agora porque, não sei, não vou saber nunca. Então eu disse, bom, eu não sei, vou continuar não sabendo e não tenho como descobrir isso. A solução é levar a vida para frente e fazer o que eu tenho que fazer. Geralmente as pessoas se fazem né? Eu não...

“porque isso aconteceu comigo e tal...” não tem explicação. Então não adianta você ficar se martirizando, entendeu? Não adianta. Você tem que pensar de outra forma, uma forma positiva. Eu sempre fui positiva, mesmo assim, numa situação complicada, eu tendo a pensar positivo, porque assim eu vou resolver. Se eu levar pro negativo, ai o emocional já abala e a gente fica meio perdida. Então eu procuro sempre já levar pro outro lado.

Aconteceu porque tinha que acontecer mesmo. Como acontece comigo, acontece com milhares de mulheres... Hoje em dia, acho que pela alimentação, pela vida estressante, sei lá... pelo clima... esta acontecendo muito. Portanto, às mulheres... eu aconselho todo mundo a se cuidar. Se puder ir de 6 em 6 meses ao ginecologista, vá!

Com a idade e o Ca, perdi um pouco a paciência, mas ainda consigo controlar minhas emoções. Sou um pouco racional. Isso é bom. Me ajudou muito a enfrentar todo o processo complicado, doloroso e difícil que é o tratamento de Ca.

Com relação ao tratamento, Olga faz parte do número alto das estatísticas que acusam que quase metade das mulheres com Ca de mama realiza todos os métodos de **tratamentos** para a doença (PINTO e MARTINS, 2006).

Diferente dos resultados das Regis e Simões (2005); Garcia (2006) e Pinto e Martins (2006), Olga não fez referência a nenhum tipo de constrangimento pela **repercussão do tratamento**, seja de olhar-se no

espelho ou de expor-se a outras pessoas, tampouco problemas de isolamento social.

Sobre a **cirurgia**, Olga contrariou os sentimentos revelados pelas pesquisas (PINTO e MARTINS, 2006; FERREIRA e MAMEDE, 2003) que relacionam diretamente esse momento com dor e dificuldade de realizar atividades com o braço ou o ombro, em virtude da mastectomia e do esvaziamento axilar “(...) *na época você fica com dreno... tudo... mas mesmo assim dá. Dá para fazer tudo sozinha. Dá sim!*”! Ela ainda negou o sentimento de impotência, representado pela impossibilidade de cuidado consigo mesma e com o outro, e principalmente a impossibilidade de exercer atividades de lazer e divertimento “*Eu fazia tuuuudo. Tomava banho só, me vestia só. Eu fazia tudo só. Eu só não fazia as coisas da casa, entendeu?*”? Olga também não se privou de nada que trouxesse bem-estar. A limitação e a dor que reconheceu são atribuídas diretamente, ao uso do dreno, e dos exercícios físicos para a sua reabilitação “*o dreno incomoda. (...) logo depois que você faz a cirurgia fica doloroso um pouco... né? As fisioterapias doem né? (...) Mas depois passou*”.

Zecchin (2001) considera que é a cirurgia que aciona nas mulheres impacto do adoecimento pelo Ca. Isto porque o desenvolvimento do Ca se dá caracteristicamente, de forma silenciosa, ao menos em seu estágio inicial. Olga apresentou uma particularidade com relação a isso. Seu tratamento não se iniciou pela cirurgia, como geralmente acontece dada a gravidade do seu caso, representado pelo tamanho do tumor. Ela iniciou com doses fortes de sessões quimioterápicas. Talvez a implicação desse procedimento invertido, tenha estimulado a tranquilidade com que vivenciou a cirurgia, apresentando manifestações bem diferentes das descritas pela autora, já que a primeira alteração corporal não veio com a perda da mama.

A reação de Olga diante da **mastectomia**, (alívio e bem-estar) “*Quando acordei, tive uma agradável sensação. Por incrível que pareça, tinha perdido o seio, tinha uma axila esvaziada... mas mesmo assim, me senti bem. Estava livre daqueles tumores*”, mostra que a cirurgia representava uma possibilidade de cura, mesmo sabendo de suas conseqüências. Este dado está de acordo com os achados de Tarricone (1992) e de Pinto e Martins (2006).

Como Tavares e Trad (2005) revelam Olga também concebeu a quimioterapia como o tratamento mais sofrido, e a cirurgia como tendo grandes repercussões na vida da mulher.

Olha... eu acho... assim, pelo o que eu converso... assim, com as mulheres... (...) Eu acho que a retirada da mama... que é muito importante para elas, para algumas, umas não. Outras levam bem a história. Mas a maioria se preocupa com a retirada da mama. É o que eu vejo... e a quimio, pelo mal estar...

Com o **tratamento quimioterápico, foram** identificadas as idéias de “agressividade” e de “grandes conseqüências”, compatíveis com os resultados de Pinto e Martins (2006).

Quando você faz a quimio... você se sente mal messssmo... Apesar de que ela não deixou nenhum efeito colateral [refere-se na verdade, a seqüelas]. Quando passa tudo, tudo volta ao normal. O cabelo cresce tudo, a sobancelha volta ao normal, deixa tudo normal.

Olga descreve ainda que o sofrimento de sua família era notável quando fazia quimioterapia. Esta realidade esta de acordo com a retratada por Tavares e Trad (2005), de que o Ca ganha um peso maior quando as sessões de quimioterapia são vivenciadas pela mulher “*Vi várias vezes meu filho chorando quando eu voltava da quimio*”.

Percebe-se que o “poder” da quimioterapia é grande e devastador. Atinge a mulher provocando um grande mal-estar físico em decorrência das dores estomacais e dos enjôos, vômitos e falta de apetite, somado ao abalo emocional, transformando significativamente a maneira como a mulher se vê em termos de esquema e imagem corporal, em decorrência da desconfiguração do corpo promovida por este método. Embora esse tratamento atinja só a mulher, nota-se que é uma fonte de sofrimento que se estende, compromete não só a portadora da doença, mas seus familiares e próximos.

Percebeu-se com isso, que além da mulher que se submete ao tratamento, seus “cuidadores”, que apóiam essa submissão, também merecem atenção. Quem cuida do paciente com Ca, também pode se deprimir, o que implica em mais um papel ao profissional de psicologia, direcionar seu foco de atendimento para aqueles que cuidam do paciente, seja os familiares ou a equipe de saúde que o assistência (TAVARES e TRAD, 2005; GARCEZ, 2007).

De acordo com Garcez (2007), e confirmado pela participante, os efeitos do tratamento, sobretudo da quimioterapia, junto às alterações corporais e as metástases são importantes predisponentes para o quadro de depressão “(...) *já para o final, eu ia chateada para o tratamento de quimioterapia, porque sabia que ia passar por tudo aquilo*”.

A quimioterapia foi o método de tratamento mais associado a sentimentos de tristeza e desgaste, tanto nesta pesquisa, como nas consultadas. Contudo, vale uma ressalva interessante a este respeito. Castilho (2001) questiona se o que leva a **depressão**²⁶ no Ca é a percepção de si como negativa ou o contrário. No caso das pacientes com Ca, e todas as circunstâncias que a doença implica, suspeita-se que a avaliação negativa da aparência parece gerar os sintomas depressivos, aliados a ingestão hormonal que o organismo é submetido. Mas é difícil saber, já que não sabemos se antes da comoção da doença a pessoa já não se encontrava num quadro depressivo. Entende-se essa questão como muito relevante para ser estudada por outras pesquisas.

No que diz respeito ao caso de Olga, é possível dizer que a situação não se configurou um quadro de depressão, nem pré ou pós-tratamento, mas que a percepção de si como alterada, é um grande indicador de sentimentos negativos.

A **radioterapia e a hormonioterapia** são duas formas de tratamento do Ca de mama que pouco se apresentam destacadas nos trabalhos psicooncológicos, independente do tipo de Ca. Esses métodos de tratamento e suas conseqüências, seqüelas e resultados, não parecem se mostrar relevantes nestes estudos. Contudo, apresentam-se como tendo repercussões no corpo da mulher, seja estrutural ou emocional, e por isso, necessitam ser mais investigados.

Assim, não tendo pesquisas que proferissem comparações com os resultados aqui expostos, valeu-se apenas das conclusões abstraídas pelos instrumentos de coleta utilizados para este estudo.

²⁶ Alguns transtornos psíquicos ou neurológicos apresentam a imagem corporal alterada. No caso da depressão, a alteração da imagem corporal não é o núcleo central da doença, apenas aparece comprometida, como um sintoma associado (Castilho, 2001).

O **tratamento radioterápico** apareceu como o mais poderoso em termos de seqüelas (pulmão queimado e lapsos de memória, principalmente), porém, com os resultados mais eficazes *“ele [médico] achou que foi magnífico o meu resultado (...) Com a radio eles [tumores] simplesmente desapareceram”*. Embora fosse o tratamento mais silencioso no sentido de não apresentar mal-estar e mudanças corporais significativas imediatas, sua eficácia e suas seqüelas são promissoras e bastante significativas, inclusive com relação a aparência.

(...) a radioterapia a gente não sente nada. Agora, a radio deixa seqüelas, né? O meu pulmão ficou queimado. (...) Mas alguma coisa tem que mudar depois de toda essa agressão... 21 no peito e 28 na cabeça... (...) Vou ter problema. Alguns probleminhas, como a osteopenia, agravada com a rádio que vai ficar no meu corpo até o dia da minha morte... não vou me livrar nunca!

Os tratamentos que nós fazemos são muito agressivos, principalmente a radioterapia. A gente não sente nada, mas ela é muito mais agressiva que a quimio. A quimio você recupera logo. Mata tuas células, mas depois elas se reproduzem tudo normal, todos os sintomas passam, tudo volta o normal. A radioterapia não. É radiação, vai ficar no teu corpo para o resto da vida. Então as seqüelas são bem maiores, né?

A radioterapia prejudica muito, né? A radioterapia é terrível! O cabelo mudou totalmente, era lisinho, agora ele ficou esquisito...

O **tratamento homonioterápico**, que também não é destinado a todas as mulheres, mas apenas as que apresentam um tumor que tem os hormônios femininos como estímulos para o seu crescimento, implicam em dois aspectos: no hábito de vida, ingestão medicamentosa por longo período, e sexual *“Faço inibidor de hormônios que traz algumas seqüelas como o ressecamento vaginal e o enfraquecimento dos ossos”*. Mas sobre a sexualidade e suas semelhanças com a literatura, será comentado mais adiante, por ter relação direta com a feminilidade.

Sobre o uso das medicações Olga descreve:

(...) Tem outra história, o Tamoxifeno... Arimidez... descalcifica os ossos...” já esculhambando outra coisa. Ai eu tenho que fazer o zometa de 6 em 6 meses, que é para reposição do cálcio dos ossos, tenho que tomar medicação também...”

Olga mostra a realidade com a qual lida: o mesmo remédio que pode “salvar” (impedir o crescimento de tumores), também lhe condena (danificando suas articulações ósseas).

Então, congruente com as conclusões de diversos autores, uma das grandes **repercussões do tratamento** de Ca é a mudança de vida, e esta é exposta pela frequência aos médicos e a realização de exames. Especificamente o Ca de mama feminino, além destas, o uso de um medicamento diário. Conceituado como inibidor hormonal, sua fundamentação nem sempre é necessária, mas quando é, seu período pode ser longo, por volta de cinco anos, em alguns casos, pelo período restante de vida (ROSENDO, 2007).

No caso de Olga, seus pensamentos sobre o futuro no que diz respeito às repercussões do tratamento total do Ca na sua vida, estão compatíveis com os apresentados pelas pesquisas consultadas: a inconveniência de uma monitoração médica e biomédica *“De 2006 para cá, eu tenho feito. Faço de 4 em 4 meses, tudo normal. De 6 em 6 meses, eu vou para São Paulo para fazer da cabeça, o resto eu faço tudo aqui”*.

Em geral, sobre a doença e seu tratamento, pode-se considerar que os sentimentos abrangendo o Ca, e todas as suas formas de tratamento, mostram que as pesquisas chegam aos resultados de que o corpo da mulher passa por um processo de estranhamento, tristeza e preocupação (FERREIRA e MAMEDE, 2003), tal como os sentimentos evidenciados em Olga.

Olga nega os sentimentos de medo, temor, angústia e depressão com relação à doença, a família ou o tratamento, referindo apenas preocupação, ligada à dificuldade de concentração. Pressupõe-se que é esse grau de preocupação, capaz de interferir na concentração da mulher, que manifesta tensão em todas as fases de tratamento do Ca, pela ameaça de não deteriorar o corpo e não conseguir seguir o tratamento desgastante e prolongado do Ca.

Notou-se que o sentimento **recuperação** não é pleno quando uma vez se teve Ca. A recuperação carrega um sentimento de retorno à saúde, mas não a “liberdade”, ao contrário, mostra um corpo condenado a uma série de

procedimentos médicos (avaliação), biomédicos (exames clínicos), técnicos (exames computadorizados) e químicos (medicamentos).

Eu tenho que fazer isso, então eu vou fazer isso. Eu faço tudo certinho, vou na data certa, faço os exames tudo direitinho, tudo certinho... Mas tenho consciência que de um momento pro outro, eu posso vir a ter outra metástase. Porque eu conheço pessoas que tiveram 5, 6... vezes, então eu tenho essa consciência, então o que eu poder fazer para não ter... para não vir a ter... eu faço. Claro né? Eu quero viver bem, ficar bem.

No que refere a idéia de **recuperação e cura**, Olga, em concordância com Tavares e Trad (2005), revela que sua família, teve um importante papel no enfrentamento e nas posturas tomadas diante da enfermidade. Considerou que o **apoio familiar** respaldou muito dos seus comportamentos, desde o desejo de viver, até seguir seu tratamento depois da metástase cerebral em outra cidade, quando contou, não só com um suporte moral, mas financeiro. Entretanto, diferente dos apontamentos destes mesmos autores, a concepção sobre a doença e a sustentação dos seus significados, não se mostram compatíveis entre Olga e seus parentes.

Ele [marido] ficou arrasado... ele chegou em casa e chamou os meninos e disse, "olha tá difícil a situação". Como diz a minha filha, ele já tinha me enterrado. (...) Ele já entende, de outra forma. (...) ele já entendeu que o médico já tinha me condenado. A minha sobrinha chorava, chorava (...) ai eu chamei os três [filhos e sobrinha] para explicar re-al-men-te a situação.. Ai foi quando eles se acalmaram mais, mas ficaram arrasados com a história da porcentagem e do tempo de vida.

A decisão de Olga em fazer seu tratamento em São Paulo, decidida dentro de um consultório, está relacionada à segurança que sentia nos seus familiares, apoio que na leitura de Garcia (2006), favoreceu o seu empoderamento.

(...) quando você passa por uma situação dessa, por mais forte que você seja, quando você se vê sozinha, ai fica mais difícil, né? Porque eu tive toda uma estrutura, entendeu? Um bom plano de saúde... eu tinha ele [marido], que fazia tudo que ele podia por mim...

De fato, Olga demonstra capacidade de empoderamento, positivismo e vivacidade, mas considera-se que estes são apenas uma parte da sua verdadeira "arma", seu desejo de viver: "Não, ainda tá cedo. Eu não quero morrer agora não. Eu quero ver muita coisa dos meus filhos ainda. Eu quero ver casar, se casarem...".

Então, Olga refere que o apoio familiar foi fundamental na sua recuperação, está referiu-se na verdade ao investimento do Outro, no caso, dos outros (familiares) em si, no momento da experiência traumática. Trata-se, de acordo com Zecchin (2004), do investimento que sustenta as fases agudas da vida.

Esses dados refletem que é importante considerar os relacionamentos familiares, visto que diversos estudos (TARRICONE, 1992; ARÁN e cols., 1996; RODRÍGUEZ, SILVA e RODRÍGUEZ, 2002), apontam que a família é um agente primordial para que a mulher consiga se reestruturar novamente. Pois, de fato, o fator "sentimento de ser cuidada" aparece como grande aliado no seu processo de tratamento e recuperação. Foram interpretados por ela através das seguintes manifestações: choro dos parentes, visitas e ligações constantes, acompanhamento nas consultas e exames médicos, no apoio financeiro quando foi necessário, e na forma de ser tratada pelos parentes e amigos com orações e palavras de consolo. Isto corrobora o postulado de Dudidovich (1197) de que a condição de sobrevivência subjetiva e fisiológica conta com o processo erogeneização, do encontro com o outro(s), portanto, a idéia de cuidado esta profundamente atrelada à presença de Outro, e ainda, a concepção de Sousa (2007), de que a valoração positiva do corpo leva a maiores cuidados com ele e maior consciência corporal.

No caso de Olga, o cuidado para consigo mesmo está vinculada à concepção exposta pelas pesquisas de que é uma prática que exige conhecimento e/ou instrução (DUARTE E ANDRADE, 2003; CHORE et AL, 2005; AMORIM, 2006); PINTO e MARTINS, 2006). *"Tu tens que saber, tem que ler, tem que perguntar..."*, além de apoio familiar e de amigos. Mesmo assim, para quem sempre cuidou, ser cuidada não parece ser uma posição fácil de aceitar *"Nunca ninguém me tratou como doente. Também nunca deixei ninguém me tratar como doente"*.

Ferreira e Mamede (2003), afirmam que o **sentimento de cuidar de si** é despertado no sujeito quando descobre que é necessária sua participação no seu processo de sobrevivência. De fato, este motivo apresentou-se muito forte em Olga, se para se curar era preciso passar pelo processo que reconheceu como muito doloroso e sofrido, assim seria feito.

E quando eu tive a metástase cerebral? Minha filha disse: “Mãe como é que tu não conta, nós ficamos arrasados”. Ai eu disse: “ê menina, qual é o problema? Eu vou mostrar para ele ai e vou fazer tudo de novo, só isso que vai acontecer. É isso que vai acontecer.

Quando se fala de procedimentos invasivos, como os do tratamento de Ca, permeado de perdas e dor, está-se num campo que contempla tanto aspectos objetivos, quanto subjetivos. Então, numa experiência dolorosa e sofrida, é impensável a vivência desta sem o apoio egóico e sem as outras dimensões corpóreas, porque sustentar todo um tratamento oncológico de novo, exige mais do que um corpo físico capaz de agüentar tantas “invasões”, mas uma estrutura psíquica capaz de resistir a tantas ameaças egóicas.

Sobre o desejo de Olga de **cuidar-se**, mantendo suas atividades, mostrando autonomia e independência, revela segundo Volich (2000), uma estrutura **egóica forte**, o que significa capacidade física e emocional do corpo, que se mostrou aqui, inversamente proporcional à iniciativa de recorrer a Outro nas circunstâncias de desamparo, neste caso, de doença.

A princípio procurei resolver as coisas sozinha, para não preocupar a minha família a toa. Mas diante das suspeitas, de que realmente seria um Ca, tive que conversar com eles e contar o que estava acontecendo.

Quando recebi o laudo, algo muito forte e determinado cresceu em mim, porque não me senti abalada. (...) Decidi, ainda no consultório, fazer o tratamento em São Paulo, mesmo com todas as dificuldades de uma cidade estranha.

Sobre a **cura** há que se conceber que a definição de Ca como doença crônica não permite que esta seja associada à idéia de cura ((MELLO FILHO, 1992; DUARTE e ANDRADE, 2003; BRANDÃO et al, 2004; AMORIM, 2006). Entretanto, adotou-se o sentido de “cura”, como aquele em que o Ca foi removido e que não exige maiores esforços terapêuticos para combatê-lo, como submissão a sessões quimioterápicas e radioterápicas.

Então, sobre a “cura” do Ca de mama, Regis e Simões (2005) mostram que as mulheres mastectomizadas transformam a maneira de ver a vida depois desta experiência, vinculando-se a projetos ou comportamentos que outrora não faziam parte dos seus hábitos. Este é um aspecto verificado na participante. Olga relatou que passou a admirar profundamente a natureza *“Adoro praia e ficar em contato com a natureza. Gosto do cheiro das folhas,*

amo sentir o vento e o burrificar dos chuviscos em meu rosto. Sinto uma sensação de liberdade” (ou seria de estar viva?). Revelou também ter diminuído seu estresse.

Você teve a doença... pode ter N motivos, mas a partir do momento que você já teve, você tem que ter a consciência, que você tem que se cuidar. Não se envolver muito em problemas muito sérios... procurar não ser uma pessoa muito estressada... não ter um abalo emocional muito forte... porque qualquer um desses fatores pode desenvolver de novo... você tem que tentar ter um controle.

Assim, a ameaça de morte concreta, que independente de mutilação ou não, existe, se presentifica desde o diagnóstico, e permanece mesmo depois da cura ou de passado o período de recidiva. Com isso, o corpo estará marcado para sempre pela ameaça de retorno de uma doença grave e crônica, como é o caso do Ca, e assim, o seguimento da vida se dará por meio de um controle que estará sempre representado pela possibilidade de morte.

Percebeu-se através da **noção corporal**, que a mulher pode sofrer porque tem Ca, ou porque o Ca dói, ou ainda, porque a dor do adoecimento ou do tratamento faz sofrer. Este sistema de circulação libidinal vai variar conforme o ego corporal, ou seja, a capacidade que a pessoa desenvolveu ao longo da sua vida, mais primordialmente, nos seus primeiros tempos de vida, de reconhecer seu corpo e suas demandas, isto é, se a captação vai ser primeiramente orgânica ou pulsional.

Concluiu-se assim, baseada na concepção de Fernandes (2001) que concebe, dor e sofrimento como conceitos diferentes, que a ordem que definirá quem primeiro atingi o corpo-sujeito é determinada pela supremacia entre as dimensões que cada sujeito fará a sua maneira, o modo pelo qual é capaz de reconhecer seu corpo primeiro, se por intermédio somático ou psíquico, se é pelo viés da dor ou do sofrimento.

Isso quer dizer que dependendo do **ego corporal**, a mulher pode iniciar seu sofrimento mesmo antes da realização de qualquer procedimento. Um sofrimento que também pode ter várias dimensões, entre elas, a feminilidade, ou pode simplesmente reconhecer a dor, que só advém, à medida que este corpo é tocado e invadido, seja cirurgicamente ou por medicações

intravenosas, orais ou luminosas do tratamento, sem necessariamente acompanhar um sofrimento.

Ao que parece o ego corporal de Olga captou muito mais a dor, do que o sofrimento do tratamento de Ca. E até mesmo o sofrimento que atravessou a subjetividade de Olga, como tudo que se manifesta de um sujeito, não estava “desligado” do seu estado físico, pois a maioria das suas respostas detinha-se nas manifestações físicas que apresentava com cada tratamento e suas formas de lidar com as conseqüências dele, tanto as passageiras como as efetivas. Isto retrata que o seu tratamento foi muito mais caracterizado pela dor dos seus efeitos do que pelo sofrimento, embora eles se cruzem, e por vezes, se tornam inseparáveis e indistinguíveis.

Por isso, Olga não atende a pontuação de Zecchin (2004) que descreve a mulher com Ca de mama como aquela que apresenta um distanciamento do seu corpo e uma autonomia corporal deficiente. Ao contrário, ela apresenta grande proximidade do corpo com o seu psiquismo, reconhecendo as demandas autônomas dele. A distancia do corpo físico e do corpo do prazer delimitada por Olga mostra que esta auxilia na percepção de seu corpo como um todo.

Agora, confirmando as notificações de Zecchin (2004), Olga sentiu-se doente tão logo notou o tumor em sua mama, ainda pelo auto-exame, reconhecendo que aquilo não fazia parte da sua estrutura corporal. Por isso, o sentimento de enferma instalou-se mesmo antes da marca física ou do diagnóstico do médico, mas quase que pelo um auto diagnóstico, o que sugere que notar o tumor, já foi um alerta estrutural, captado como um registro pelo seu ego: *“Quando eu já fui à médica, eu já fui meio que com a certeza”*.

Sobre a **qualidade da relação que estabelece com seu corpo**, Olga se mostra satisfeita *“Ah, eu tô bem. Eu me sinto bem com o meu corpo”* e preparada para mais um ciclo da vida que altera o esquema corporal, e que para ela já começou, a velhice: *“Nunca tive problemas com a idade”*.

Para a análise das questões relativas ao **esquema corporal**, teve-se a cautela de, na medida do possível, verificar se o relato das descrições das alterações corporais de Olga eram atribuídas a idade (climatério), isto é, a fase da vida que também tem implicações na estrutura corporal da mulher, ou, se

eram associadas a doença, uma vez que ambas as formas são passíveis de ocasionar grandes transformações, não só no esquema, mas na própria imagem corporal.

De acordo com Zecchin (2004), o **esquema corporal** da mulher com Ca começa a ser modificado a partir do início do tratamento, seja cirúrgico ou quimioterápico. Diante dessa experiência ele começa a ser convidado a se adaptar sobre o imaginário do corpo narcísico, o qual foi ferido por uma perda. Olga mostrou essa habilidade tão logo desejou iniciar o tratamento e se submeter ao processo cirúrgico, assim que fosse possível.

As queixas de Olga sobre sua **desconfiguração corporal** durante o tratamento conferem com os resultados das pesquisas sobre o assunto (PINTO e MARTINS, 2006; ROSENDO, 2007). Entretanto negou ter dificuldades de se olhar no espelho, como bem mostra as pesquisas de Duarte e Andrade (2003) e Ferreira e Mamede (2005).

Sobre a **imagem corporal**, Olga confirmou que a dimensão emocional desta advém do outro e, é tão baseada na alteridade como a noção de corpo e a economia psicossomática do sujeito.

Segundo Sousa (2007), o corpo se inscrevem idéias, crenças e imagens determinados pela cultura, uma vez que os comentários alheios partem de influências de valores coletivizados que classificam e estigmatizam os corpos, causando impacto na formação da imagem corporal. Foi por isso que a imagem corporal de Schilder (1999) ultrapassou a concepção neurológica, pois não era suficiente para compreendê-la. Além da fisiologia e da neuropatologia, as manifestações encontradas também precisam basear-se na psicologia (TAVARES, 2003). Isto justifica a idéia de Dolto (2002) de que nossos reflexos especulares parte dos outros, e os outros de nossas vidas carregam consigo a dimensão cultural que atravessa o sujeito, de forma que todos os valores de beleza contemporâneos atingem o olhar do outro e o reflexo que vai transmitir a quem serve de espelho. Por isso, as “cobranças” a Olga, vinham, comumente, a como apresentava seu corpo em tamanho (gorda/inchada ou magra). E Olga tinha plena consciência disso. *“As pessoas falam como você tá: Ahhhh... tu engordaste...”*

Percebeu-se que mesmo que a imagem corporal esteja intimamente relacionada à auto-estima e que esta corresponda à satisfação do sujeito consigo mesmo, envolvendo a obtenção de afeto e aprovação de outras pessoas e que, apesar de corresponder a um processo que ocorre durante toda a vida, predomina nos primeiros anos de vida através da primeira cuidadora, a figura maternal. Contudo, não é a presença física da mãe que garante as boas condições para o desenvolvimento de um sujeito. Autores como Kreisler (1999) e Gren (1980) referem que as mães podem estar fisicamente presentes, mas emocionalmente ausentes e o contrário também é verdadeiro.

Dito de outro modo é a qualidade da relação que importa, não sua quantidade. No caso de Olga, a presença física da mãe foi concreta até seus nove anos. Mas as marcas de sua presença afetiva se mantêm: *“Eu era tudo para a minha mãe. A razão de viver dela”*. Esta frase mostra que Olga recebeu um investimento narcísico e que seu valor fálico não foi comprometido na relação dual primária. Isto é, a qualidade da sua primeira relação apresenta implicações na representação mental, configurando uma imagem corporal positiva.

Cabe acrescentar também, que a posição de Olga diante da sua figura maternal diz bastante sobre seu referencial **feminino e sobre a sua feminilidade**.

Na concepção de Olga, a Mulher é menos racional e mais emotiva, tanto quanto mais inteligente que o homem. Interessante que Olga se coloca como alguém mais racional que emotiva, logo sua identificação com o gênero masculino é muito forte, processo que é estruturalmente natural (KLEIN, 1949)

As considerações que merecem observações no que diz respeito a construção da sua sexualidade são as seguintes: primeiro, a identificação de Olga com o sexo feminino é efetiva, isso pode ser representado não só pelo fato de ter tornado-se uma mulher feminina, mas inclui também sua própria orientação sexual. Mas essa identificação não se formou sem uma crise de identidade, principalmente porque ela não teve um referencial feminino padrão *“meu pai não casou de novo E se dedicou a me criar quando a minha mãe morreu”*.

A adolescência, quando mais a identificação com o feminino é acentuada (KLEIN, 1949), Olga não teve um referencial de feminilidade. Por isso, reconhece em si, muito das características que atribui ao sexo oposto, a exemplo, a própria racionalidade (típica do gênero masculino).

Olga revela explicitamente que não se sentiu **menos mulher** em decorrência das transformações (amputações e perdas) do tratamento, contrariando os resultados de Pinto e Martins (2006), embora tenha sentindo-se menos feminina, por isso a importância de discernir sobre os termos.

Pinto e Martins (2006) verificaram que as mulheres sentem-se menos bonita depois do tratamento de Ca de mama. Porém, Olga atribuiu esse declínio na aparência ao envelhecimento, isto é, esta é uma percepção notificada antes do Ca. Mas, como na pesquisa dessas autoras, sua insatisfação com relação as conseqüências do tratamento está muito mais ligada a outras perdas que não da mama.

Olga atribui mais dificuldade em aceitar a **perda do cabelo** do que da mama, tal como a literatura coloca (PINTO e MARTINS 2006), sendo que no seu caso, houve um agravante, seu cabelo não voltou ao normal e sua transformação não veio como resultado da quimioterapia do Ca de mama, mas da rádio pela metástase cerebral.

Em nenhum momento eu pensei, ah vão tirar o meu peito. Eu me despedi do meu peito. De manhã cedo eu tomei banho (...) e fui para frente do espelho e me despedi do peito (risos). Eu disse, “thau, para nunca mais...” (risos). A minha filha falou: “mamãe só tu mesmo” (risos). Eu disse vai embora.... (risos) eu queria mais era me livrar mana, para mim eu estava me livrando de uma doença muito grave. “Vai embora, vai para o lixo, que lá é o teu lugar” (risos).

Então, perder o **cabelo** foi mais difícil porque se trata de um símbolo da feminilidade a mostra? Ou porque este não estava doente, como foi com a mama? Uma vez que foi o sentimento de que estaria se livrando da doença, fez Olga antecipar o luto do seu órgão e facilitar sua configuração corporal, integrando seu novo esquema corporal a imagem corporal. Instala-se neste processo, o poder de assimilação ou não assimilação que uma nova imagem corporal pode carregar.

Olga mostrou que construiu uma imagem corporal sem mama, sem cabelo, o que descartou uma crise de identidade, que segundo Zecchin (2004),

é marcada pelas sensações de fragmentação no e do corpo, pois não impediu de Olga resgatar práticas que lhe promovessem bem-estar e disfarçasse as perdas que obteve com o tratamento.

Este fato estar de acordo com o postulado de Ferreira e Mamede (2003) que refere que ao se preocuparem consigo mesmas, as mulheres procuram meios de se cuidarem, buscando as soluções consideradas mais adequadas para melhorar a sua imagem corporal, uma dessas saídas, é a prótese mamária ou o uso de perucas, lenços, etc.

Contudo, Olga não apresenta concepções negativas sobre a **reconstrução mamária**, mas alega que não tem importância ter apenas uma mama, pois esta não compromete sua postura e sua sexualidade, tampouco sua aparência física, já que usa prótese.

Eu visto qualquer tipo de roupa. Se é uma roupa fininha, eu boto sutiã com alça de silicone. Se com maiô eu ponho prótese, não parece nada. Eu tomo banho de praia, de piscina de tudo, agora é claro, eu compro um maior e um biquíni que dá para fazer isso.

Em geral, a sexualidade é um componente que não fica de fora dos resultados de pesquisas que tratam de Ca de mama. Porém, sempre se configuram como um tema tendo relação com a aparência, especificamente com a perda da mama (mastectomia), tal como mostra os trabalhos de Tarricone, 1992; Medeiros, 2003; Pinto e Martins, 2006 e Rosendo, 2007, sobre a sexualidade da mulher com Ca de mama. Entretanto, não se percebe a sexualidade de Olga “comprometida” em virtude deste fato.

Em concordância com os dados dessas pesquisas, Olga refere mudança de relacionamento com o seu marido, contudo alegando que essa mudança é fruto das alterações químicas hormonais da medicação para o tratamento e não das mudanças físicas que ele causou.

Assim, diferentemente de alguns estudos (TARRICONE, 1992; DUARTE e ANDRADE, 2003; MEDEIROS, 2003; PINTO e MARTINS, 2006) sobre sexualidade da mulher mastectomizada, Olga revelou que os seus comprometimentos sexuais não partiram da mama, mas da consequência de outro método de tratamento, a hormonioterapia. Seu discurso relata a percepção de que a qualidade do relacionamento sexual mudou e as

mudanças na dimensão da sexualidade estão atreladas ao grau de satisfação e de desejo.

Enfim, a mulher com Ca de mama tem sua **feminilidade** “agredida” e pode se ver menos feminina e até mesmo menos mulher. Entretanto, embora Olga reconheça que seus atributos femininos foram afetados com o tratamento, continuou se vendo como mulher e feminina.

CONCLUSÃO

Com base na amostra dos resultados da pesquisa estabeleceu-se uma relação entre tratamento de Ca de mama e a imagem corporal da mulher, abordando as questões que remetiam a ambos os assuntos, para responder aos objetivos da pesquisa.

Notou-se que a imagem corporal da mulher é atingida sob diversos ângulos, porém, deteve-se no que diz respeito à feminilidade de acordo com os objetivos da pesquisa. Pelas vias diretas, a feminilidade foi afetada:

1. Agredindo o seu esquema corporal como um todo. Esta “agressão” interfere no seu poder de sedução. Como exemplo do caso estudado, a seqüela da perda de memória que era vista como símbolo de inteligência e esta, um meio de seduzir e atrair pessoas.
2. Atacando características femininas biológicas (mama e o molde do corpo da mulher, como por exemplo, a silhueta) e culturais (cabelos e unhas), que também exercem poder de sedução e fonte de prazer (de ordem “sexual”, pois a mama é uma zona erógena). Efeitos particularmente provocados pelo tratamento cirúrgico e quimioterápico.
3. Atingindo sua sexualidade, através da diminuição do seu apetite sexual e da sua satisfação na relação sexual, em virtude do processo deficiente de lubrificação vaginal, efeitos do tratamento hormonioterápico. No entanto, verificou-se uma minimização dessa perda, pois foi associada a um fenômeno natural do processo de envelhecimento (a menopausa), apenas adiantada pelo tratamento.
4. Abalando indiretamente outras concepções que não dizem respeito à dimensão da feminilidade, mas que pode ser ligada a ela, como a idéia que tem de si (mulher segurança), podendo trazer prejuízos a auto-estima.

Percebeu-se que à medida que o tratamento de Ca de mama avança provoca alteração no esquema corporal, atingindo a feminilidade da mulher, conseqüentemente a sua imagem corporal. Dito de outro modo, a imagem corporal é afetada pelas alterações que o tratamento provoca no esquema corporal, contudo, não só a feminilidade. Entretanto, a percepção negativa da imagem corporal, não é necessariamente uma fato, mesmo o corpo sofrendo a

ação de todos os efeitos do tratamento de Ca, e sentimento de mulher feminina pode permanecer

Essa sensação justifica-se quando se concebe que a idéia de mulher transcende o referencial biológico-anatômico, envolvendo o sistema cultural, sobretudo estético, agregando os órgãos genitais femininos e os atributos físicos como o cabelo deste gênero, além de psíquicos, como a vaidade e a valorização da aparência – característica típica da mulher. O “ser mulher” está muito mais atrelado à idéia de exercer o papel de mulher (ligado no seu caso estudado, à idéia de esposa e mãe), bem como a vivências do papel feminino no social, de interlocutora e mediadora, aquela capaz de gerenciar os acontecimentos, a partir das características de “astúcia” e “arte-mania”.

A feminilidade pode ser representada pela vaidade, pela valorização de atributos físicos da mulher, embora também transcenda a idéia física, ou seja, o sentimento de ser feminina também transcende a idéia de mulher como aquela que tem mama ou qualquer outra característica exaltada como da mulher, ou típica deste gênero. Porém a reunião de todos esses aspectos que tornam uma mulher mais feminina.

A mulher feminina também é representada como um gênero mais emotivo. Percebeu-se que embora “mulher” e “feminilidade” estejam interligadas, não são interdependentes. De maneira que o homem também pode ser feminino, sem necessariamente, ser homossexual, sendo uma pessoa emotiva, mais do que racional.

O tratamento *não* apresentou o potencial de descaracterizar a mulher, como tal, mas instiga a idéia de uma mulher que pode tornar-se menos feminina. De outro modo, pode não se ver menos mulher, mas pode se ver menos feminina. O grau desse sentimento vai depender de suas reações e da maneira como lida com este fato durante o processo de tratamento ou de qualquer momento que afete ou agrida suas características femininas no seu esquema corporal.

Para “verificar as alterações da imagem corporal da mulher afetada com o tratamento de Ca de mama, no que diz respeito aos atributos femininos sócios culturais” buscou-se duas informações que auxiliariam nessa resposta: o que a mulher acreditava que a sociedade brasileira considerava como

atributos femininos; e, como ela se apresentava como mulher feminina à sociedade, antes do Ca de mama e depois do tratamento desta doença. A essência dessa questão tinha o intuito de buscar o que à mulher entendia como feminilidade no social.

Foi referido como atributos femininos sócio-culturais: o corpo expresso no molde do corpo da mulher, curvas femininas, cintura, estar magra, corpo legal, sarado e malhado; cabelo bem cuidado, pele bem cuidada, nádegas e mamas...”.

A princípio, as descrições sobre a apresentação ao social só foram vinculadas a atributos físicos, isto é, a como o esquema corporal se apresentava (configuração antes do tratamento e depois do mesmo). Todos, atributos que descreveu, referiu que já haviam sofrido a ação do “tempo” (climatério).

Diante das informações colhidas, percebeu-se que a participante se via como uma mulher que parcialmente atendia as exigências sociais, embora não tivesse focado em juízos de valores, como belo e feio. O discurso sugere ainda que a aparência (bela) é o principal motivo de aproximação entre as pessoas. Assim, o padrão social exige uma padronização da beleza para se considerar uma mulher feminina. Isto mostra uma idéia coletiva, parte do imaginário social: “mulher como aquela que fornece o referencial de beleza das pessoas.

Mas o parâmetro pessoal da participante, não é beleza, ainda que resulte nela, mas a dedicação e o empenho em buscá-la, representada pela vaidade e pelo autocuidado. E, como durante todo o tratamento, continuava preservando essas características, o sentimento de feminilidade não foi afetado, conseqüentemente continuou sentindo-se feminina.

A feminilidade como idéia particular não é o que se tem (atributo físico), mas o que se faz com o que se tem, enquanto que a feminilidade, para a sociedade, de acordo com ela, é o que se tem, o que se apresenta.

Para responder ao segundo objetivo da pesquisa: “Investigar como a mulher enfrenta e trabalha as questões da feminilidade afetadas com o tratamento de Ca de mama”, dividiu-se os comportamentos relativos a essa questão em duas formas, classificadas como de “enfrentamento”, considerando

esse como as formas de agir e pensar antes e durante o tratamento, e de “trabalho”, entendendo por este, posturas que tomava depois do tratamento.

Como ENFRENTA	Como TRABALHA
Atribuindo suas mudanças a uma fase da vida, considerando que essas são muito mais frutos da velhice do que da doença, portanto mudanças impossíveis de serem evitadas, no máximo, retardadas.	Acreditando que não é só corpo físico, mas alguém de conteúdo e inteligente.
	Cultivando a esperança e acreditando que tudo era passageiro.
Com conformismo, já que faz parte da vida.	Participando, se interagindo e estando alerta a tudo que lhe envolvia.
	Fazendo tudo que lhe recomendavam, dando credibilidade à equipe de saúde que lhe assistenciava.
Se preparando psicologicamente (imaginando as mudanças que teria) e instruindo-se sobre o assunto. À medida que assumia a noção de perderia os cabelos, passa a se imaginar sem eles.	Racionalizando, utilizando esse mecanismo de defesa para poupar-se de emoções que não agregariam positivamente o seu processo de recuperação.
Aceitando a doença, suas implicações e limitações Preservando sua vaidade, independente do estado em que se encontrava.	Cumprindo a rotina para evitar o adoecimento
	Cuidando para amenizar o quadro de seqüelas
Não se detendo na busca de significados por ter adoecido. Evitando dessa forma, se culpabilizar pela enfermidade	Contando com o apoio familiar
	Ponderando
	Se detendo nos ganhos secundários da doença

Contudo, mesmo com todas essas questões relacionadas à idéia de como enfrenta e trabalha suas alterações, a participante alegou explicitamente que o que diminuiu o impacto de suas mudanças corporais, foi o apoio familiar.

Sobre as questões da feminilidade e atributos físicos como suas representações, trabalhou utilizando todos os recursos tecnológicos “de” e “para” embelezamento, manifestando sua vaidade e sua preocupação com a aparência. Para cada atributo físico, um aparato típico feminino: mama, utilizando prótese e alças de silicone (atualmente vai fazer reconstituição mamária), com a sobrancelha, uso de maquiagem, e o cabelo, cortes capilares modernos, e assim por diante.

A concomitância entre o período pré-menopausa e as conseqüências do tratamento de Ca, contribuíram para que a questão da sexualidade e da feminilidade fossem expressas com conformismo.

No que se refere ao terceiro objetivo da pesquisa: “Levantar os indicadores de aceitação e de não aceitação da imagem do corpo feminino, afetada ao longo do tratamento de Ca”, observou-se a possibilidade de levantar duas questões: os indicadores de dificuldade de assimilação da imagem corporal e os indicadores de aceitação da imagem corporal.

Notou-se que as dificuldades estão relacionadas às perdas irreversíveis do tratamento, principalmente, com a seqüela que aparentemente não tem relação com a feminilidade, memória e atenção, mas que para ela representava uma habilidade intelectual, significando poder de sedução e de atrair pessoas; e, com a nova apresentação do cabelo que não voltou ao normal. Ambas são seqüelas da metástase cerebral, e não do Ca de mama, o que significa que se não fosse pela metástase, o cabelo teria voltado a sua textura natural, como realmente aconteceu quando voltou a crescer e seus esquecimentos não teriam justificativas neurológicas. A mama, órgão que em geral tem a primeira danificação, não consta como um atributo de dificuldade de aceitação da perda.

Os indicadores de aceitação são:

1. Um dado da realidade, pois a maioria dos efeitos colaterais do tratamento é momentânea.
2. Preservação da auto-imagem positiva.
3. Medidas tomadas para amenizar o impacto das seqüelas ou tentar revertê-las, e;
4. Mudança na forma de olhar o mundo e as pessoas (re-leitura da vida)

O fato das transformações geradas pelo tratamento serem passageiras sugeriu a possibilidade de aceitação da imagem, pois a participante considerava que a mudança no esquema corporal retornaria assim que o tratamento fosse finalizado, de maneira que os efeitos fossem revertidos naturalmente quando o tratamento acabasse, pelo menos na maioria dos casos.

Percebeu-se que assumir uma imagem positiva de si mesmo, principalmente aquela que não seja baseada numa concepção de beleza, assumiu um papel importante no processo de aceitação da imagem corporal.

É propício resgatar nesse momento os conceitos de imagem corporal da psicanálise, de que esta é construída, sobretudo na relação com os Outros, primordialmente com o Outro significativo de nossa vida, que teria sido a mãe. Olga é uma pessoa que tende a olhar para o lado positivo das coisas, que pondera e é otimista, mas não aleatoriamente.

A anamnese do caso estudado mostra a configuração de uma mãe muito positiva, alegre, carinhosa, afetuosa, muito presente e sociável, tal como ela é. Quando define a mãe, dizendo guardar poucas lembranças dela, pois esta morreu quando ainda era uma criança, mostra que registrou justamente essas lembranças, as que exatamente ela introjetou, tamanha identificação.

As iniciativas de amenizar as seqüelas do tratamento são tidas como indicação da aceitação da imagem e não o contrário, pois mostra que a mulher se reconhece como aquela que sofreu perdas e, que, portanto, não se apresenta como antes. Mas, embora tenha assimilado esse registro no corpo, no esquema e na imagem corporal, toma providencias, representando sua autonomia e independência, e o corpo como propriedade.

Como iniciativas de reverter ou amenizar as seqüelas do tratamento, a participante propôs-se a estudar inglês, cortar o cabelo e fazer hidratações, ler e escrever, fazer exercícios fisioterápicos, etc.

A mudança de olhar o mundo e as pessoas trata-se de um re-significado da relação que se estabelece com o Outro, o discurso passa a revelar mais valor às coisas. Essa elaboração vem, em conseqüência do sentimento de ameaça a vida que se refere à assimilação da noção de finitude, de que abriga um corpo que definha e morre, seja de Ca ou de outra forma, agora ou no futuro.

Partindo da concepção de Imagem corporal adotada neste trabalho, aquela enraizada no inconsciente, dinâmica e favorecida principalmente pelo olhar materno, pressupõe-se que somado as informações do caso, a imagem corporal o tratamento de Ca de mama foi de uma mulher feminina afirmada por

todas as dimensões que envolve o gênero, biológico e sexual, social e cultural (papel de mãe e de esposa), enfim, com uma auto-imagem positiva e coerente.

Para concluir a análise dos resultados desta pesquisa, avaliou-se os instrumentos utilizados, o procedimento adotado, o método de coleta e os dados obtidos, julgando-os como pertinentes ao objetivo da pesquisa.

Considerou-se que os tipos de instrumentos utilizados para a coleta de dados foram suficientes para responder aos objetivos da pesquisa. Entretanto, é necessário tecer considerações particulares sobre cada método utilizado.

Sobre as escalas de Imagem corporal averiguou-se a qualidade do uso do instrumento a partir da proposta das mesmas, a percepção do corpo como adoecido e alterado (BIS) e do corpo como visto e sentido como ele se apresenta (BAQ), isto é, se esquema e imagem corporal estão sintonizados.

Apesar de ser possível verificar vários itens do esquema corporal, que também são tidos como atributos femininos, as escalas apresentaram-se insuficientes para avaliar atributos femininos da imagem corporal feminina, pois não atendem algumas demandas, como por exemplo, unha, cabelo, pele, boca, etc, ou seja, são deficientes para atender aspectos femininos, uma vez que não os avalia especificamente.

Os desenhos foram instrumentos viáveis para avaliar a forma como a participante se representa tanto para averiguar o esquema quanto a imagem corporal. Revelando-se muito útil para este tipo de avaliação (o modo como o sujeito se vê no âmbito emocional).

As entrevistas semi-estruturadas e as abertas também se revelaram como uma forma útil para a coleta de dados. Considerou-se apenas que, dado a intimidade que o assunto requer, com questões muito íntimas e particulares, percebeu-se a necessidade de um número considerável de encontros (maior do que o previsto) para a coleta de dados. Isto é, para atender aos objetivos da pesquisa (imagem corporal da mulher) necessitou-se através da entrevista semi-estruturada, um vínculo transferencial consolidado, o qual foi possibilitado pelas entrevistas abertas.

O método teve a riqueza de além de responder as questões visadas pelo trabalho, sinalizar outros temas importantes sobre o assunto em pauta,

como a idéia de que a pior parte do Ca é ter que fazer o tratamento para sobreviver. Mas apresentou o limite de ter parâmetros derivado de uma única participante, fazendo-se necessário um estudo mais abrangente em termos de número de participantes.

Quanto à avaliação sobre o procedimento adotado, considerou-se que a forma de coleta de dados foi adequada, já que o estudo tratou-se de uma ilustração de caso, mas que se atendesse um número maior de participantes, o método apresentaria limitações e desgaste para o pesquisador, exigindo, portanto, uma adaptação. Como sugestão, uma coleta em grupo.

Considerou-se também que os dados obtidos foram suficientes para responder as questões do trabalho, portanto, atingiu o objetivo da pesquisa, bem como auxiliou a percepção de que a imagem corporal pode ser estudada sob diversos ângulos, bem como disciplinas.

Enfim, a coleta de dados foi desenvolvida em um número suficiente de encontros e com instrumentos que permitissem o aprofundamento do estudo para melhor apurar os conteúdos sobre o tema da pesquisa. E, no que diz respeito os dados obtidos e os objetivos buscados, considerou-se que a metodologia estava sintonizada com os objetivos da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABECHE A. M; BLOCHTEIN C. A. Síndrome do seio fantasma. *Femina*. São Paulo, Abril; v. 14, n. 4, 1986: 343-5.
- ALMEIDA, L. Políticas Públicas: Falhas no diagnóstico. *Revista da Associação Brasileira do Câncer*. Ano 7, n 42, Dez de 2007.
- ALONSO, S. GURFINKEL, A, BREYTON, D. M (Org). *Figuras Clínicas do feminino no mal-estar contemporâneo*. São Paulo: Escuta, 2003.
- American Psychiatric Association *DSM-IV – Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais*. 4 ed. Original: São Paulo: Artes Médicas, 2003.
- AMORIM, C. Doença Oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas. *Revista de Ciências da Saúde de Macau, Portugal*, june, vol. 6, n 2, 2006.
- ANDRADE, C. R; CHOR. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200004
- ARAUJO, C. A. Desenvolvimento do esquema corporal. *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, 52 (9), 2000: 56-58.
- ARICÓ, C. R. *Estudos sobre psicanálise: epistemologia e política*. São Paulo: NEEPP, 2007.
- AULAGNIER, P. *A violência da interpretação*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- _____. *Cuerpo, Historia, Interpretación*, Buenos Aires: Paidós, 1990.
- BARBOSA, A. M. S. *Viagem ao vale da morte: estudo psicológico sobre mulheres mastectomizadas por câncer de mama*. Dissertação de Mestrado - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1989
- BERLINCK, M. T. "A Dor": *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo vol. II, nº 3, Set/1999: 55.
- BIRMAN, J. *Freud e a interpretação psicanalítica*. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 1991.
- _____. *Mal-estar na Atualidade*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2001.
- BLEICHMAR, H. *Depressão*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *O Narcisismo*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

BRANDÃO, C. L. C, ARANHA, V. C. CHIBA, T. QUAYLE, J. LUCIA, M. C. S. A imagem corporal do idoso com câncer atendido no ambulatório de cuidados paliativos do ICHC- FMUSP. *Psicol. hosp. (São Paulo)*. [online]. dez. 2004, vol.2, no.2 [citado 24 Março 2009], p.0-0. Disponível: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092004000200007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1677-7409.

CAMPOS, T. C. P. *Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo em hospitais*. São Paulo: EPU, 1995.

CAPISANO, F. H. Imagem corporal. In: MELLO FILHO. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992, p. 179-194.

CARVER, S. C. How coping mediates the effects of optimism on distress: a study of woman with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 1993: 375-389.

CASH, T. F; PRUZINKY, T. *Body Image – a Handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. Nova York: The Guilford Press, 2002.

CASTILHO, S. M. *A imagem corporal*. Santo André: Esetec, 2001.

CHIOZZA, L. *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. Campinas: Papyrus, 1987.

CORDÁS, T. A. Tratamento farmacológico de Transtornos Alimentares. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, v. 31, n. 4; 2004: 154-157.

COZBY, P. C. *Métodos de Pesquisa em Ciências do Comportamento*. São Paulo: Atlas, 2003.

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

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2002.

DUARTE, T. P; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 8, n. 1, Apr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S1413-294X2003000100017.

DUVIDOVITH, E. Prefácio. In: WINTER, T. R. *O Enigma da Doença: uma conversa a luz da psicossomática contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

ETCOFF, N. Entrevista a Elisa Martins e Inês de Castro, artigo "O risco da vaidade". *Revista Época*, nº 336, São Paulo. Out/2004, pp. 84-91.

FAIN, M. Prélude à l'aveuglement fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, 35: 1971: 291-364,.

FEDIDÁ, P. La question de la théorie somatique dans la psychanalyse. *Psychanalyse à l'Université*, 3 (12): ,1977: 621-648.

FEDIDÁ, P. *Clínica Psicanalítica: Estudos*. São Paulo: Escuta, 1988.

FELDENKRAIS, M. *Consciência pelo movimento*. São Paulo: Summus, 1977.

FERNANDES, M. H. *Corpo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FERRARI, C. HERZBERG, V. *Tenho câncer e agora? Enfrentando o câncer sem medos e fantasias*. São Paulo: FAZ, 1996.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Rev. Latino-Americana. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003: 299-304.

FREUD, S, A interpretação dos sonhos, (1900), vol. V *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, Fragmento da análise de um caso de histeria, (1905a), vol. VII *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, Três ensaios sobre a sexualidade (1905b), vol. VII *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, Sobre o Narcisismo: uma introdução (1914), vol. VII *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, Luto e Melancolia (1915a), vol. XIV *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, O Inconsciente (1915b), vol. XIV *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, S, Pulsão e suas vicissitudes (1915c), vol. XIV *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, Trabalhos sobre metapsicologia (1915d), vol. XIV *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, Além do principio do prazer (1920), vol. XVIII *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

_____, O ego e o id (1923), vol. XIX. *Obras Completas*, Edição Standard Brasileira (ESB), Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GACHELIN, G. Émotions et immunité. *La Recherche*, 17(177), 1986:662-666,
GARCEZ, J. Outras Frentes: Emoções em conflito. *Revista da Associação Brasileira do Câncer*. Ano 7, n 42, Dez de 2007
Disponível em: www.abcancer.org.br/portal/files/revistas/46.pdf

GARCIA, A. C. B. B. F. *O processo de empoderamento de mulheres mastectomizadas: uma experiência em grupo de apoio*. Dissertação de Mestrado: Universidade Federal Fluminense. Niterói-RJ, 2006.

GANDINI, C. R. *Câncer de Mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas*. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1995

GILBERT, A. C. B.; CARDOSO, M. H. C. A.; WUILLAUME, S. M.I. GILBERT, Medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/Ginecologia. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, May 2006 . Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006000500007

GIMENES, M. G. G. A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psicologia. In: GIMENES, M. G. G; FÁVERO, M. H. (Orgs), *A mulher e o câncer*. São Paulo: Editorial Psy, 1997, p. 111-147.

GONCALVES, S. M. C. M.; DIAS, M. R. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. *Estud. psicol.* (Natal), Natal, v. 4, n. 1, 1999, p. 141-159.

GREEN, A. *A mãe morta*. São Paulo: Escuta, 1980.

_____. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

HAGGARD, H. W. *El médico en la historia*. Buenos Aires: Sudamericana, 1943.

HOPWOOD, P; FLETCHER, A; LEE, A; ALGHAZAL, S. A. Body Image Scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37, 2001: 189-197.

HOPWOOD, P. The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29A (2), 1993 :276-281.

JULIEN, P. *A feminilidade velada: aliança conjugal e modernidade*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1997.

KAHHALE, E. M. P. Gravidez na adolescência: orientação materna no pré-natal. In: OZELLA, S. (Org). *Adolescências Construídas: a visão da psicologia Sócio-Histórica*. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Psicologia na Saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In BOCK, A. M. (Org: *A perspectiva Sócio-Histórica na formação em Psicologia*). Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

_____. Subsídios para reflexão sobre sexualidade na adolescência. In: BOCK, A. M; GONÇAVES, M. G. M; FURTADO, O. (Org). *Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez, 2001.

KAMIENIECKI, H. *Histoire de la psychosomatique*. Paris: PUF, 1994.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J; GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 1997.

KEHL, M. R. "Com que corpo eu vou?", *Folha de São Paulo*, 30 de junho, São Paulo, 2002, Caderno Mais, pp. 06.

KLEIN, M. *Ensaio de psicanálise: O complexo de Édipo precoce*. Argentina: Ver, 1949.

_____. *Inveja e Gratidão e outros trabalhos – 1946-1963*. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

KREISLER, L. *A nova criança da desordem psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

KRISTEVA, J. *O gênio feminino: a vida, a loucura, as palavras*. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

KRUEGER, D.W. *Developmental and Psychodynamic Perspectives on Body Image change*, V. 23; 1990; 89-103. Disponível em:
<http://www.atyponlink.com/GPI/doi/abs/10.1521/jscp.23.1.89.26987>

KRYNSKI S. Reações psicológicas e psicopatológicas relacionadas à cirurgia da mama. *Bol CEPP*, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 59-65, 1986.

LACAN, J. *Outros Escritos: Joyce, o sintoma*, Paris: Zahar, 1979.

_____. *O Seminário, livro 4 – A relação de objeto. Coleção Campo Freudiano no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

LECLAIRE, S. *O corpo erógeno*. São Paulo: Escuta, 1992.

LE BOULCH, J. *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento aos 6 anos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

LE BOULCH, J. *Rumo a uma ciência do movimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.

LIMA, M. G; KOIF, E. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2001000600039&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2001000600039.

LIPOVETSKY, G. "Posmodernidad: el individualismo contemporâneo. Posmodernidad y narcisismo". Entrevista a Fernando Urribarri. Zona Erógena: *Revista Abierta de Psicoanálisis y pensamiento contemporâneo*. Publicación Universitária, Buenos Aires. Dez, n° 27, 1995, pp. 45-49.

_____. *A terceira mulher – Permanência e revolução do feminino*. São Paulo Companhia das Letras, 2000.

_____. *Os tempos hipermodernos*. São Paulo: Editora Barcarolla, 2004.

MAURANO, D. *Nau do desejo: percurso da ética de Freud a Lacan*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1995.

MACEDO, H. O'D. O caráter traumático da sexualidade. *Estud. psicol. (Natal)*, Natal, v. 3, n. 1, June 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S1413-294X1998000100009.

MCDUGALL, J. The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Rewe of Psychoanalysis*, 1:, 1974: 437-459.

MCDUGALL, J. *Em Defesa de uma certa anormalidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *Teatros do Corpo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1989.

_____. *Teatros do Eu*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

MEDEIROS, R. H. A.; NUNES, M. L. T.. A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicol. estud.*, Maringá, v. 6, n. 2, Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

73722001000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S1413-73722001000200013.

MENDONÇA, G. A. e S.; SILVA, A. M.; CAULA, W. M. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, Oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500017.

MONTAGU, A. *Tocar*. São Paulo: Summus, 1986.

MONTEIRO, M.; SANTOS, M. R. *Psicologia*. Porto: Editora, 1995.

MORENO, M. T.; ALMONACID, L. T.; SIERRA, E. E. Mastectomia com preservação de pele. *Revista Colombiana de Cirurgia*, Colômbia, v. 18, n. 2, abr-jun, 2003. Disponível em: <http://www.encolombia.com/medicina/cirurgia/cirurgia18203-mastectomia.htm>

MORAES, A. B. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, Oct. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2006001000028.

NASIO, J. D. *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

_____. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Preâmbulo. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 13 mar. 2006.

PINOTTI, J. A.; FONSECA, A. M.; BAGNOLI, V. R. *Tratado de Ginecologia: Condutas e Rotinas da Disciplina de Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - USP*. 1 ed. São Paulo: Revinter, 2005.

PINTO, Adriana Carvalho e GIOIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. *Rev. SBPH*, dez. 2006, vol.9, no.2, p.3-27. ISSN 1516-0858.

RAMOS, E. *Algumas áreas da psicomotricidade*. Disponível em: <http://zmembers.tripod.com.br/ramoseducacaofisica/motor.htm>. Acessado em 13 de abril de 2006.

- REGIS, M. F. e SIMÕES, M. F. S. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos/comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 07, n. 01, p. 81-86, 2005.
- RIBEIRO, J. L. P. *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi, 1999.
- RODRIGUES, D. A. *Corpo, espaço e movimento: estudo da relação entre a representação espacial do corpo e o controle da manipulação e da locomoção em crianças em paralisia cerebral*. Tese de Doutorado. Universidade Técnica de Lisboa, 1987.
- ROLL J. P. ROLL, R. Em busca do corpo perdido. *Revista Viver Mente & Cérebro*. Nov, Ano XIV, N° 154, 2005, pp. 70-74.
- ROSA, E. Z. RIBEIRO, A. MARKUNAS, M. Psicanálise. In KAHHALE, E. M. P. (Org: *A diversidade da Psicologia: uma construção teórica.*). São Paulo: Cortez, 2002.
- ROSENDO, R. Dermatologia auxilia pacientes com câncer: especialidade ajuda a reduzir impacto de efeitos colaterais dos tratamentos para combater a doença. *Super Saudável*, Santo André, Ano VII, n. 35, jul/set, 2007, p. 28-29.
- RYAD, S. *Introdução a Psicanálise: Melanie Klein*. São Paulo: EPU, 1986.
- RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Movimento & Percepção*, Espírito Santo de Pinhal, SP, v. 5, n 6, jan/jun, 2005, p. 80-90.
- SILVA R. M e Mamede M.V. *O conviver com a mastectomia*. Fortaleza (CE): UFC, 1998.
- SCHILDER, P. *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- SCHULTZ, D. P; SCHULTZ, S. E. *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Editora Cultrix, 1981.
- SOLER, C. *O que Lacan dizia das mulheres*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005.
- SOUSA, M. S. F. A. *Ferida exposta: um estudo sobre a auto-imagem de crianças com lesões corporais*. Dissertação de Mestrado. Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, 2001.
- _____. *A busca pela cirurgia plástica estética: um sintoma da sociedade contemporânea?* Tese de Doutorado. Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, 2007.

TARRICONE S. O. P. *Aspectos emocionais da mulher submetida à mastectomia no pós-operatório: subsídios para intervenção psicológica*. São Paulo, 1992. Dissertação de Mestrado: Pontifícia Universidade Católica.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 Mar. 2009. doi: 10.1590/S0102-311X2005000200009.

TAVARES, M. C. G. C. *A imagem corporal – conceito e desenvolvimento*. São Paulo: Manole, 2003.

TEIXEIRA, E. R. *O desejo e a necessidade do cuidado com o corpo: uma perspectiva estética na prática da enfermagem*. Niterói: EdUFF, 2001.

TRINCA, W. *Investigação Clínica da personalidade: O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. São Paulo: E.P.U, 1987.

_____ (org). *Formas de Investigação Clínica em Psicologia: procedimento de desenhos-estórias; procedimento de desenhos de família com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997.

VAYER, P. *El nono frente al mundo*. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1973.

VOLICH, R. M. Câncer de mama, entrelinhas, entranhas... - Perspectivas psicanalíticas, Boletim de Novidades *Pulsional*, nº 107, março de 1998.

_____. *Psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

YIN, R. *Estudo de Caso: Planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WINTER, T. R. *O Enigma da Doença: uma conversa a luz da psicossomática contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

WOLF, N. *The beauty myth – how images of beauty are used against woman*. New York: Harper Perennial, 2002.

ZECCHIN, R. N. *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

ANEXO I:**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA**

1. NOME DA PARTICIPANTE _____
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº : _____
SEXO: M ? F ? DATA NASCIMENTO: ____/____/_____
ENDEREÇO _____ Nº _____
APTO: _____ BAIRRO: _____ CEP _____
CIDADE _____ TELEFONE:(____) _____

II - DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título do protocolo de pesquisa: "A imagem corporal do feminino atravessada pela doença: Um olhar sobre a imagem do corpo da mulher com Câncer de mama".
2. Pesquisadora: Patrícia Lima de Almeida
Cargo / Função: Psicóloga responsável pela pesquisa.
Inscrição no conselho regional: Nº CRP 02.825
3. Avaliação do risco da pesquisa:
Sem Risco x Risco Mínimo Rico Médio Risco Baixo Risco Maior
(Probabilidade de que o indivíduo sofra algum dano como consequência imediata ou tardia do estudo)
4. Duração da pesquisa: 24 meses

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE SOBRE A PESQUISA CONSIGNANDO:

Pesquisas sobre o câncer apresentam sua importância no número de morbidade e no sofrimento físico-psíquico provocado pela doença, representando o ramo da Psiconeuroimunologia mais investigado nos últimos anos. O tratamento do câncer de mama apresenta consequências para além da mastectomia. Esta pesquisa está sendo realizada para investigar como as alterações do esquema corporal da mulher com diagnóstico de Ca de mama foi afetada pelo tratamento (propedêutica). Para a coleta de dados, serão realizados encontros para aplicação de duas escalas de Imagem corporal (BIS - Body Image Scale e BAQ- Body Attitudes Questionarie), além de várias entrevistas, bem como a aplicação de um Desenho-estória pela pesquisadora. Não haverá a identificação da participante. De tal forma que, concluindo a pesquisa, se possa contribuir para os estudos sobre imagem corporal e feminilidade e no processo de atendimento e tratamento de pacientes que sofrem alterações corporais, não só aquelas acometidas por câncer ou câncer de mama, mais também por doenças outras em que a alternativa seja a mudança do esquema corporal. Os resultados da pesquisa serão utilizados na elaboração de uma dissertação como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica pela pesquisadora; e para possível publicação futura.

IV - ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA CONSIGNANDO:

1. Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas;
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
4. Disponibilidade de assistência, por eventuais danos à saúde, decorrentes da pesquisa;
5. Viabilidade de indenização por eventuais danos à saúde decorrentes da pesquisa.

V- INFORMAÇÕES DA RESPONSÁVEL PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO, CASO NECESSITE

1. Pesquisadora: Patrícia Lima de Almeida
2. Endereço: Travessa do Chaco nº 342
Pedreira, Cep: 66.085-080,
Belém - Pará
3. Telefone: (91)- 3233-7135 Celular: (91)- 8141-7872/9918-6426

VI – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Os resultados desta pesquisa estarão disponíveis, a mulher, a qualquer momento; bastando para tanto entrar em contato com a pesquisadora e agendar data e horário.

VII - CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Belém, _____ de _____ de 2008.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA PESQUISA

Eu _____
portadora de RG número _____ declaro ter recebido as
informações a respeito do projeto de pesquisa do qual farei parte.

- Foi-me dito que o projeto de pesquisa tem caráter estritamente científico e sigiloso.
- Foi-me dito que o projeto implica vários encontros com a pesquisadora e em responder várias questões diferentes.
- Foi-me dito que minha não concordância em participar do projeto não me acarretaria prejuízo de nenhuma espécie.

De posse destas informações, consinto em fazer parte do projeto.

Belém, _____ de _____ de 2008

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do psicólogo responsável

Contato:

Fone: 091 8141-7872/9918-6426

E-mail: patricialimadealmeida@gmail.com

ANEXO II**ESCALA DE IMAGEM CORPORAL
(BIS-BODY IMAGE SCALE, 2001)**

Aplicador:

Nesse questionário lhe será perguntado como você se sente a respeito de sua aparência e quais as mudanças que podem ser resultados de sua doença ou tratamento. Por favor, leia cada item cuidadosamente e assinale na linha correspondente a resposta que mais se aproxima da maneira que você vem se sentindo sobre você mesma durante a última semana.

1. Você tem se preocupado com sua aparência?
(X) De modo algum () Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
2. Você tem se sentindo menos atraente fisicamente, como resultado de sua doença ou tratamento?
(X) De modo algum () Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
3. Você tem se sentido insatisfeito com sua aparência quando esta vestida?
() De modo algum (X) Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
4. Você tem se sentido menos feminina, como resultado de sua doença ou tratamento?
(X) De modo algum () Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
5. Você achou difícil olhar-se nua?
(X) De modo algum () Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
6. Você tem se sentido menos atraente sexualmente, como resultado de sua doença ou tratamento?
() De modo algum () Um pouco (X) Bastante () Muito () Não se aplica
7. Você evitou pessoas como consequência do jeito que você se sentia sobre sua aparência?
(X) De modo algum () Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
8. Você tem sentido que o tratamento deixou seu corpo menos inteiro?
() De modo algum (X) Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
9. Você tem se sentido insatisfeita com seu corpo?
() De modo algum (X) Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica
10. Você tem se sentido insatisfeita com a aparência de sua cicatriz?
(X) De modo algum () Um pouco () Bastante () Muito () Não se aplica

ANEXO III**QUESTIONÁRIO DE ATITUDE CORPORAL
(BAQ-BODY ATTITUDES QUESTIONARIE, 1991)**

Leia cada sentença e marque com um X se você concorda fortemente, concorda, é neutra, discorda ou discorda fortemente.

1. Eu usualmente me sinto fisicamente atraente.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
2. Eu prefiro não deixar que outras pessoas vejam meu corpo.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
3. As pessoas raramente me acham sexualmente atraente.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
4. Eu fico tão preocupada com a minha forma física que sinto que preciso fazer uma dieta.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
5. Eu me sinto gorda quando não consigo passar as roupas pelos meus quadris.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
6. As pessoas me evitam por causa da minha aparência.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
7. Eu me sinto satisfeita com o meu rosto.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
8. Eu me preocupo se outras pessoas vêm “pneus” de gordura ao redor da minha cintura e estômago.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
9. Eu acho que mereço a atenção do sexo oposto.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente

10. Eu dificilmente me sinto gorda.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
11. Existem coisas mais importantes na vida do que a forma do meu corpo.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
12. Eu acho ridículo fazer cirurgias plásticas para melhorar a aparência.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra ()Discordo (X)Discordo fortemente
13. Eu gosto de me pesar regularmente.
(X)Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
14. Eu me sinto gorda quando uso roupas que são apertadas na cintura.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
15. Eu já considerei suicídio por causa da forma como pareço aos outros.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra ()Discordo (X)Discordo fortemente
16. Eu fico exausta rapidamente se faço muito exercício.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
17. Eu tenho cintura fina.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
18. Minha vida está se arruinando por causa da minha aparência.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
19. Usar roupas largas faz-me sentir magra.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
20. Eu dificilmente penso a respeito da forma do meu corpo.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
21. Eu sinto que meu corpo foi mutilado.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente

22. Eu tenho orgulho da minha força física.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
23. Eu sinto que tenho coxas gordas.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
24. Eu não consigo participar de jogos e exercícios por causa da minha forma física.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
25. Comer doces, bolos ou outros alimentos calóricos faz-me sentir gorda.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
26. Eu tenho um corpo forte.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
27. Eu acho que minhas nádegas são muito largas.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
28. Eu me sinto gorda quando saio em fotos.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
29. Eu tento e consigo me manter em forma.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
30. Pensar a respeito das formas do meu corpo tira a minha concentração.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
31. Eu gasto muito tempo pensando em comida.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente
32. Eu estou preocupada com o meu desejo de ser mais leve.
()Concordo fortemente (X)Concordo ()Sou neutra ()Discordo ()Discordo fortemente
32. Se me vejo em um espelho ou vitrine, sinto-me mal quanto à minha forma física.
()Concordo fortemente ()Concordo ()Sou neutra (X)Discordo ()Discordo fortemente

33. As pessoas riem de mim por causa da minha aparência.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
34. Eu freqüentemente me sinto gorda.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
35. Eu gasto muito tempo pensando sobre meu peso.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
36. Eu sou um pouco de uma "Mulher de Ferro".
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
37. Eu me sinto gorda quando estou sozinha.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
38. Eu me preocupo que minhas coxas e nádegas tenham celulite.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
39. As pessoas freqüentemente elogiam minha aparência.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
40. Perder um quilo de peso não afetaria realmente meus sentimentos a respeito de mim mesma.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
41. Eu me sinto gorda quando não consigo entrar em roupas que antes me serviam.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
42. Eu nunca fui muito forte.
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente
43. Eu tento evitar roupas que me fazem sentir especialmente ciente das minhas formas
Concordo fortemente Concordo Sou neutra Discordo Discordo fortemente

ANEXO IV

ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Data de Nascimento:

Grau de instrução:

 Nível Fundamental Nível Médio Nível Superior Pós-graduação

Profissão:

Ocupação:

 Do lar Trabalho externo Aposentada

Estado civil:

 Solteira União Estável Casada Separada/Divorciada Viúva

Prole:

 Não possui 1 filho 2 filhos 3 filhos 4 ou mais filhos

Idade da primeira gestação:

 Antes dos 18 anos Entre 19 e 25 anos Entre 26 e 35 anos Acima dos 36 anos

Amamentação:

 Menos de 3 meses Entre 3 e 6 meses Entre 6 meses e 1 ano Mais de 1 ano

Religião:

 Católico Evangélico Budista Espírita Outro _____

Renda Pessoal:

 Não possui 1 a 2 salários 3 a 4 salários 5 ou mais salários

Renda Familiar:

 Não possui 1 a 2 salários 3 a 4 salários 5 ou mais salários

Tipo de cirurgia:

Fase do tratamento:

 Diagnóstico Cirurgia: qual? _____ Quimioterapia: qual sessão? _____ Radioterapia: qual sessão? _____ Hormonioterapia: qual ano? _____ Alta: há quantos anos? _____

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ITENS PARA ATENDER O OBJETIVO GERAL:					
<i>Investigar como a imagem corporal da mulher foi afetada pelo tratamento de Ca de mama</i>					
N°	QUESTÕES				
1	Como você se descreveria neste momento?				
2	Como você imaginava que seria o tratamento de Ca? E como foi?				
3	Descreva as suas mudanças corporais após o diagnóstico de Ca de mama?	Descreva as suas mudanças corporais após a quimioterapia ?	Descreva as suas mudanças corporais após a radioterapia?	Descreva as suas mudanças corporais após a hormonioterapia?	Descreva as suas mudanças corporais após o tratamento (alta)?
4	Descreva as mudanças corporais que você presumiu ocorrer após o tratamento de Ca de mama? E o que ocorreu?				
5	Que atributos corporais você considera como características da SUA feminilidade?				
6	Você considera que suas características femininas foram afetadas?				
7	Dos métodos de tratamento qual você elegeria como o que mais afetou suas características femininas?				
8	Enumere as características da SUA feminilidade que você considera que foram mais afetadas.				
ITENS PARA ATENDER O OBJETIVO 1					
<i>Verificar as alterações da imagem corporal da mulher afetada com o tratamento de Ca de mama, no que diz respeito aos atributos femininos sócio-culturais.</i>					
9	Que atributos corporais você acredita que a sociedade na nossa cultura valoriza como características da feminilidade?				
10	Dos métodos de tratamento qual você elegeria como o que mais afetou as características femininas sócio-culturais?				
11	Enumere os aspectos das características femininas sócio-culturais que você considera que foram afetados.				
ITENS PARA ATENDER O OBJETIVO 2:					
<i>Investigar como a mulher enfrenta e trabalha as questões da feminilidade afetadas com o tratamento do Ca de mama.</i>					
12	Você acredita que suas características femininas foram afetadas pela doença (Ca de mama)? Como se sente a este respeito?				
13	O que você presume que pode ter diminuído o impacto dessas mudanças?				
14	O que mudou em você com o tratamento? Mudanças físicas: Mudanças emocionais:				
ITENS PARA ATENDER O OBJETIVO 3:					
<i>Levantar os indicadores de aceitação e de não aceitação da imagem corporal afetadas pelo tratamento do Ca de mama.</i>					

15	Você acredita que o tratamento para o seu problema de saúde mudou sua vida? Fale sobre essas impressões.
16	Você acredita que essa mudança na vida foi positiva ou negativa? Mudança positiva Mudança negativa
17	Você acredita que o tratamento mudou sua aparência? Fale sobre essa mudança
18	A mudança na APARÊNCIA foi positiva ou negativa? Mudança positiva Mudança negativa
19	Você acredita que as mudanças ocorridas após o surgimento da doença interferiram no seu relacionamento com outras pessoas?
20	A mudança de RELACIONAMENTO foi positiva ou negativa? Mudança positiva Mudança negativa