

## **A MULHER E O CÂNCER DE MAMA: UM OLHAR SOBRE O CORPO ADOECIDO**

Rafael Mendes Barbosa Ferreira

Moisés Fernandes Lemos

(UFG - Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão – Catalão – GO)

### **Resumo**

Este estudo investiga os aspectos emocionais do câncer de mama, visto que a doença compromete também a imagem corporal da mulher assistida. O objetivo é investigar de que maneira o empenho com o tratamento e as relações sociais são atravessadas pelas possíveis modificações da autoimagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, sendo utilizada a Análise Fenomenológica Interpretativa na avaliação das respostas das participantes. Foram entrevistadas três mulheres acometidas por câncer de mama, residentes na cidade de Catalão, Goiás em 2015. Os resultados indicam que o câncer de mama ainda é representante de morte para as mulheres acometidas. As modificações no corpo são acompanhadas de sentimentos de angústia, baixa autoestima, isolamento e temor. Observamos uma participação ativa das mulheres no tratamento, em que a importância da crença religiosa, do apoio familiar e do companheiro foram fundamentais no enfrentamento da doença. Sugerimos a realização de novos estudos, com um número maior de participantes.

*Palavras-chave:* corpo; câncer de mama; mulher; psicanálise.

### **Abstract**

#### **Women and Breast Cancer: a Look at the Body Sickened**

This study investigates the emotional aspects of breast cancer, since the disease also affects the body image of the assisted woman. The goal is to investigate how the commitment to treatment and the social relationships are crossed by the possible modifications of the self-image. It is about a qualitative research, being applied the Interpretative Phenomenological Analysis on the evaluation of participants' answers. Three women afflicted by breast cancer were interviewed, residents in the city of Catalão, Goiás in 2015. The results shows that breast cancer still is a death agent to afflicted women. The body modifications are followed by feelings of anguish, low self-esteem, isolation and fear. We observe an active participation of women in treatment, in which the importance of religious belief, family and partner's support where fundamental in the disease confrontation. We suggest conducting new studies, with a larger number of participants.

*Key-words:* body; breast cancer; woman; psychoanalysis

### **Introdução**

Câncer é uma denominação geral utilizada para identificar mais de cem doenças diferentes. O surgimento de um câncer se dá a partir do momento em que ocorre um descontrole celular durante o mecanismo de contínua renovação das células presentes nos seres vivos. Basta que apenas uma célula com informações genéticas incorretas seja incapaz de cumprir as funções para as quais foi designada para que o câncer se forme. À medida que essa célula se divide, ela produz outras com construção genética também incorreta, ocorrendo, desse modo, a formação de um tumor, composto de uma massa dessas células imperfeitas. (Neme, 2010)

O câncer de mama ou carcinoma mamário é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, pode ser identificado pelas próprias mulheres, por meio da prática do autoexame (Vieira e outros, citado por, Gomes, 1987).

Entendendo-se a gênese do câncer de mama como sendo multifatorial, sabe-

se que diversos aspectos genéticos, ambientais e relacionados ao estilo de vida estão implicados em sua etiologia. Agressões variadas e múltiplas a setores específicos do DNA levam ao acúmulo de lesões genéticas, sejam elas a ativação de proto-oncogenes ou a inibição de genes supressores tumorais, gerando alterações fenotípicas do tecido normal até o aparecimento do câncer de mama. Estas são assequências de eventos que marcam a carcinogênese desta neoplasia. (Santos Jr; & Soares, 2012, p.42)

Stricker e Kumar (2010) apontam que o sofrimento emocional e físico infligido pelas neoplasias são mais perturbadores que as taxas de mortalidade. Ter um tumor geralmente suscita diversos sentimentos: impotência, vergonha, culpa, angústia, dentre outros. O câncer muitas vezes é identificado como uma doença que está diretamente relacionada à morte.

As representações do câncer remetem a uma doença cruel, corrosiva, contagiosa, estigmatizada e degradante, que consome o indivíduo aos poucos, sendo considerado, muitas vezes, um castigo de Deus. O diagnóstico do câncer é visto como uma ameaça para a paciente e sua

família em todos os níveis de suas vidas. A dinâmica familiar é alterada por ocasião da doença e vários medos começam a fazer parte do cotidiano. (Duarte & Andrade, 2003, p.157)

A idade exerce uma influência importante na probabilidade da pessoa ser atingida pelo câncer, a maioria das pessoas é acometida nos anos mais tardios da vida. Santos Jr. e Soares (2012) apontam que o câncer de mama é a neoplasia mais incidente na população feminina, excluindo-se os tumores de pele não melanoma. Acomete, preferencialmente, mulheres por volta dos 50 anos de idade, sendo raro antes dos 30 anos. Todavia, nas últimas décadas se observa, a nível mundial, um aumento da incidência dessa neoplasia, inclusive em faixas etárias mais jovens.

Compreende-se que o câncer de mama está associado a três principais fatores de risco: a) envelhecimento, b) história de câncer na família, e c) menopausa tardia (após 50 anos), dentre outros fatores, considerados secundários.

Supõe-se que o adoecimento por câncer de mama acaba por adoecer também a imagem corporal da mulher assistida, e que seu impacto pode variar conforme o tratamento utilizado, seja ele cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico.

Interfere negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher, podendo influenciar na relação consigo mesma e com seu círculo social. A autoestima e o sentimento de feminilidade são afetados, levando a sintomas de ansiedade e depressão.

A imagem do corpo é a síntese de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vivida através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais. Ela pode ser considerada como a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e, isto, antes mesmo que o indivíduo em questão seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal Eu e saiba dizer Eu. (Dolto, 2015. p.15)

Não obstante, sabe-se que o seio é uma característica sexual simbólica evidente na mulher e também um órgão que remete ao prazer e à sedução e que exerce função de mediador na relação mãe-bebê (Almeida, Guerra & Filgueiras, 2012). Entretanto, vale lembrar que esta relação mãe-bebê não vem em primeiro lugar quando se fala sobre relação corpo doente e autoimagem, uma vez que algumas mulheres optam por não serem mães e outras desenvolvem a doença em estágios tardios, após já terem passado por

esse estágio. Ademais, deve-se entender que a imagem corporal é singular a cada um, ou seja, está relacionada à história do sujeito.

Conforme Almeida e outros (2012), a imagem corporal se origina nas primeiras vivências do bebê com seu cuidador, resultando de um diálogo entre o corpo funcional e o corpo atravessado pela fala e os cuidados maternos, recebendo marcas singulares, atreladas à história pessoal e à subjetividade. Entre os fatores que podem alterar a imagem corporal de uma pessoa os autores enfatizam o surgimento de doenças.

Um recém-nascido não faz distinção entre seu próprio corpo, as sensações internas e externas. Campos (2007) afirma que ele ainda não tem definido o que é o seu corpo, o que é ele, o que é o outro, o que é o mundo que o cerca. A mãe (ou cuidador) e os objetos fazem parte dele mesmo. O primeiro esboço do Eu será constituído a partir do sexto mês, no momento em que a criança começa a demarcar a totalidade do seu corpo, sobretudo, por meio da imagem no espelho. Este processo ocorre do sexto ao décimo oitavo mês.

Lacan (1954 [1953]/1986) assinala que é por meio do estágio do espelho que a imagem do corpo dá ao sujeito a primeira forma que permite que ele situe o que é e o

que não é do Eu. Ou seja, é por meio dessa aventura que o homem, pela primeira vez, passa pela experiência de que se vê, reflete-se e se concebe como outro que não ele mesmo, sendo essa dimensão estruturante para todas suas fantasias.

Ao olhar-se no espelho, o que (ou quem) a criança vê num primeiro momento é um outro; em um segundo tempo percebe que é ela mesma que está ali. Ou seja, vê primeiro o outro, depois o outro que é ela mesma, criando assim um jogo de alternância eu-outro. (Campos, 2007, p. 65)

Por meio do espelho o bebê vê seu Eu ideal, sendo este um objeto de desejo do Outro, no entanto, a forma como ele perceberá esse desejo do Outro determinará a imagem de seu Eu e também da realidade. Lacan (1954 [1953]/1986) explica que a alienação na imagem é substituída pela alienação estrutural ao Outro da cadeia de significantes, sendo esta a primeira operação que tornará este corpo em um sujeito. “Para se constituir, é preciso que a criança seja objeto do olhar e tenha um lugar no campo do Outro, cujo reconhecimento, na medida em que a nomeia, permite a entrada no registro simbólico.” (Campos, 2007, p. 147)

Nesse sentido, Nasio (2009) enfatiza que não somos nosso corpo em

carne e osso, mas somos o que sentimos e vemos de nosso corpo, ou seja, somos o corpo que sentimos e vemos. A partir disso, afirma que o nosso *Eu* é composto de imagens corporais de naturezas diferentes, mas indissociáveis: a imagem mental de nossas sensações corporais e a imagem especular da aparência do nosso corpo. Desse modo,

A imagem do corpo é a substância deformante do *Eu*. Não existe *Eu* puro; o *Eu* resulta sempre na interpretação pessoal e afetiva do que sentimos e do que vemos do nosso corpo. Interpretação pessoal e afetiva, porque as imagens de nosso corpo, sejam as de nossas sensações ou de nossa aparência, são imagens alimentadas no amor e no ódio que temos de nós mesmos. (Nasio, 2009. p.56)

Podemos considerar aqui o *Eu* tanto como a certeza de ser o que se é, quanto a ignorância daquilo que se é. Ou seja, por meio das sensações internas e pela visão do corpo sei que existo, mas não sei que sou. Nasio (2009) diz que as imagens mentais que forjamos de nosso corpo, sendo substrato de nossa identidade, são imagens subjetivas e deformadas que falseiam a percepção de nós mesmos.

Nunca percebemos nosso corpo tal como é, mas tal como o imaginamos; o percebemos como fantasia, isto é, mergulhado nas brumas de nossos sentimentos, reavivado na memória, submetido ao julgamento do Outro interiorizado e percebido através da imagem familiar que já temos dele. (Nasio, 2009. p. 63)

Este autor argumenta que se quiséssemos nos aproximar o mais perto possível da incognoscível essência desse “si mesmo”, descobriríamos que a sensação de si não passa, no fundo, de uma expressão para designar um desejo, o desejo de viver, o amor inegável pela vida. Sim, sentir-se si mesmo supõe, acima de tudo, a inquebrantável vontade de ser, de não cessar de ser, de ser o máximo de você mesmo, até mesmo além.

Devemos pensar que a imagem inconsciente do corpo é a imagem de uma emoção. A emoção pode ser definida como uma tensão criada entre duas sensibilidades que se capturam, é a mais íntima tensão do encontro carnal, desejante e simbólico entre a criança e a mãe.

O que constitui imagem e permanecerá inscrito na memória inconsciente da criança não é a carícia real da mãe, não é sentir-se acariciada nem sentir em si mesma o prazer de sua mãe em

acariciá-la, não, o que se inscreve e perdura no inconsciente é a percepção dos tempos fortes e tempos fracos da intensidade de seu contato carnal. (Nasio, 2009. p.34)

Analisando o caminho percorrido até o momento, pensar a imagem pela ótica psicanalítica nos remete a uma imagem prenante, ou seja, não existe imagem que não seja de um objeto investido afetivamente, inscrito na memória consciente ou inconsciente, marcado nas redes da relação com o Outro. A imagem será sempre de um objeto: amado, odiado, desejado ou temido. A imagem prenante, aqui citada, não pode ser a cópia perfeita de um objeto real, mas sua cópia aproximada, ou seja, seu duplo formato. Um objeto fantasiado.

Ademais, qual objeto nos é mais caro e fantasiado senão nosso próprio corpo quando, perturbado, faz-nos reviver uma experiência passada? Então,

A rigor, deveríamos dizer que, às duas principais imagens de nosso corpo, acrescentam-se duas outras, a imagem-ação desempenhada por nosso corpo em movimento e a imagem nominativa designando um detalhe do corpo. Assim, para a psicanálise, temos quatro imagens, quatro formas de viver nosso corpo: sentindo-o

(imagem mental), vendo-o (imagem especular), sendo superado por ele (imagem-ação) e nomeando-o (imagem nominativa). (Nasio, 2009, p. 74).

Levando em conta que o câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis, considerando ainda que os efeitos indiretos dessa doença - como o medo da morte, da rejeição, de ser estigmatizada, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia, e a incerteza quanto ao futuro e outros - preocupam os profissionais de saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes, dentre outros motivos, e avaliando que seja tradicional, no mundo ocidental, o seio assumir um símbolo não só de feminilidade e maternidade, como também de sexualidade, cabe perguntar: De que maneira o comprometimento com o tratamento e as relações sociais são atravessados pelas possíveis modificações da autoimagem dentre os diversos estágios do câncer de mama?

Diante disso, a importância deste trabalho se dá a partir da observação dos altos níveis de incidência da doença no mundo, sendo o câncer de mama o segundo mais frequente entre os cânceres. Os efeitos psicológicos relacionados com a autoimagem e a sexualidade não podem ser

deixados de lado quando se fala sobre o tema. Segundo o INCA (2014), no Brasil estima-se que existem 57.120 novos casos de câncer de mama, sendo que, deste número, morrem 13.225 mulheres. Nesse contexto, pensar na imagem do corpo da mulher com câncer de mama nos remete a refletir sobre as imagens que são alimentadas por ela e a maneira como essa autoimagem vai influenciar o meio social, sexual, conjugal e o decorrer do tratamento.

Lotti, Barra, Dias e Makluf (2008) assinalam que durante o tratamento a paciente vivencia perdas, por exemplo, físicas e financeiras, e sintomas adversos, tais como: depressão e diminuição da autoestima, sendo necessárias constantes adaptações às mudanças físicas, psicológicas, sociais, familiares e emocionais.

Ao considerar a alta incidência e a desestruturação que o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama acarretam na vida da mulher, maior ênfase tem sido dada às pesquisas na área da Psicologia, com o olhar voltado para as questões que vão além do físico. É preciso pensar e analisar como esta autoimagem de corpo adoecido reflete no decorrer do tratamento. Diante disso, a atuação do psicólogo para dar suporte à paciente e a seus familiares nesse momento é imprescindível. Essas

pesquisas podem ajudar a paciente a identificar as necessidades para se adaptar à sua doença, além de contribuírem para avaliações econômicas e alocação de recurso para promoção do bem estar das mulheres acometidas pela doença em questão.

Nesse contexto, este artigo objetiva compreender como as mulheres com câncer de mama percebem o próprio corpo, uma vez que um diagnóstico como este é visto como potencialmente estressor e provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares, pois, além do medo da morte que a doença suscita, há, também, a ameaça da mutilação da mama, que é um símbolo importante de feminilidade, sexualidade, erotismo, maternidade e outros. Em linhas gerais, espera-se traçar um paralelo entre as formas de enxergar o corpo doente e as influências desta autoimagem no tratamento, no meio social e sexual da paciente. Mais especificamente o estudo tem por objetivos específicos: a) identificar mulheres diagnosticadas com câncer de mama, b) entrevistar mulheres que desenvolveram câncer de mama e estejam em diversas etapas do desenvolvimento da doença; c) analisar os dados coletados nas entrevistas; e d) apresentar os resultados em congresso científico.

## Metodologia

O presente estudo se classifica como uma pesquisa qualitativa, se considerados seus objetivos. Ele é classificado como uma análise fenomenológica interpretativa quando considerados os procedimentos de coleta de dados (Gil, 2008; Smith & Eatough, 2010).

De acordo com Smith e Eatough (2010), o principal interesse da AFI - Análise Fenomenológica Interpretativa é a análise de como os indivíduos dão sentido às suas experiências. Ela pretende fornecer uma exploração detalhada dessas experiências pessoais, bem como um exame preciso do modo como os participantes as percebem. A principal moeda corrente em um estudo de AFI é o significado particular que as experiências, os estados, os eventos e os objetos têm para os participantes. Sendo assim:

A Análise Fenomenológica Interpretativa (AFI) tem como objetivo entender o que uma experiência, um evento, um objeto são, do ponto de vista da pessoa. Entretanto, ao mesmo tempo, a AFI pode tomar distância em relação ao participante propondo questões

interessadas e críticas dos relatos. (Smith & Eatough, 2010, p.324)

Os dados foram coletados na cidade de Catalão – GO, situada na mesorregião do Sudeste Goiano, a qual foi fundada em 20 de agosto de 1859. Sua área é de 3.821,463 Km<sup>2</sup> e a população de 86.647 habitantes (IBGE 2010). O IDH-M do município é 0,766 e o PIB per capita é 60.915,30 (IBGE 2010). A escolha de Catalão é justificada por ser um local de grande incidência de pessoas com câncer e ser a cidade onde o pesquisador reside.

A amostra do estudo foi composta por três participantes do sexo feminino, sem idades pré-estabelecidas, diagnosticadas com câncer de mama em diferentes estágios do tratamento, estando duas em estágio final e uma no estágio de manutenção. Elas foram escolhidas intencionalmente, mediante convite e adesão ao estudo. Vale ressaltar que as participantes 1 e 3 estão no estágio final do tratamento e, a participante 2, no estágio de manutenção. Nenhuma das participantes se submeteu à mastectomia radical, somente retirada do quadrante da mama e esvaziamento axilar.

Como instrumento de pesquisa foi utilizada a entrevista semiestruturada, visando à coleta de dados das participantes, tais como: histórico familiar e pessoal,



processo do adoecimento, modificações percebidas no corpo desde o aparecimento dos sintomas e confirmação do diagnóstico até o tratamento em seus diferentes estágios, autoimagem e expectativa para o futuro.

O uso da entrevista semiestruturada é justificado visto que envolve uma interação ou troca direta, na maioria das vezes, verbal entre o pesquisador e os participantes, geralmente, a interação ocorre frente à frente. Breakwell (2010) aponta que neste modelo de entrevista o pesquisador tem um número de tópicos a cobrir, mas as questões precisas e sua ordem não são fixadas, permitindo que elas se desenvolvam como um resultado do intercâmbio com o entrevistado

As entrevistas foram realizadas individualmente, na residência das participantes, preservando a individualidade de cada uma, de modo a garantir o conforto das mesmas e o sigilo das informações coletadas, conforme previsto na legislação vigente no país.

Vale ressaltar que antes da realização das entrevistas foi realizado um estudo piloto com uma participante que apresentava as mesmas características da amostra, visando a adequação do instrumento de pesquisa, desse modo, caso fosse necessário seriam realizados ajustes no roteiro da entrevista, conforme as

limitações apresentadas nesta etapa do estudo.

Foram realizados três encontros com as participantes, com as seguintes finalidades: a) fornecer informações sobre a pesquisa e as condições de realização desta, esclarecendo sobre as diferentes etapas do estudo para que, a partir do exposto, a paciente pudesse tomar a decisão de participar ou não da pesquisa. Mediante ao aceite foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme previsto na Resolução 466/2012, que estabelece as normas e regulamenta a realização de pesquisa com seres humanos; b) realização da entrevista propriamente dita, com o objetivo de levantar os dados, e c) a devolutiva, ou seja, o retorno à paciente dos resultados do estudo.

Como procedimento de tratamento dos dados foi elaborada uma tabela com os dados sócio-demográficos das participantes, a qual contém as seguintes informações: nome (fictício), idade, estado civil, religião, escolaridade, trabalho atual e número de filhos. A tabela contém ainda o perfil clínico das participantes, com as seguintes informações: data do diagnóstico, cirurgia, procedimentos e histórico de câncer na família e um espaço destinado ao relato de cada um dos casos clínicos.

As entrevistas foram áudio gravadas e transcritas na íntegra, mediante autorização expressa das participantes, e submetidas à análise de conteúdo, conforme previsto nos procedimentos da Análise Fenomenológica Interpretativa, sendo eles: a) leituras rigorosas e detalhadas dos dados a fim de se obter uma perspectiva holística, de modo que futuras interpretações tenham como base o relato do participante; b) Identificar os temas

iniciais e organizar em feixes e examinar em relação aos dados; c) refinar os temas, condensá-los e examiná-los conforme as relações entre si; e d) exposição narrativa da interpretação entre a atividade interpretativa do pesquisador e o relato que a participante fez de sua experiência.

As respostas das participantes foram agrupadas por meio de categorias assim apresentadas:

<b>Categorias Gerais</b>	<b>Categorias Específicas</b>	<b>Subcategorias</b>
Reações ao Diagnóstico	Antecedentes	Dor
		Auto exame
		Incertezas
	Lidando com a doença	Desespero
		Fantasia de morte
		Apoio da família
	Consequentes	Angústia
		Preparando-se para a morte
		Corpo Frágil/ Ciclo Menstrual
Corpo	Modificações percebidas	Pele
		Cabelo
		Seio
		Medo
	Reações frente às modificações	Desconforto
		Angustia/ Isolamento
		Religiosidade
		Diminuição da rotina sexual
		Desconforto frente às modificações
Sexualidade	Mudança na vida sexual	Apoio do parceiro
	Relação com o parceiro	Expectativa de futuro
		Ajudar o outro/ Autonomia
Projeto de vida	Retomando a rotina após o câncer	Possibilidade de remissão dos sintomas
		Uso de antidepressivos

Figura 1: Demonstrativo das Categorias de Respostas de Mulheres Acometidas por Câncer de Mama

## Resultados

Os resultados encontrados estão demonstrados no item 3.1, conforme abaixo apresentado:

### 3.1 Apresentação dos Resultados

Categories Gerais	Categories Específicas	Subcategorias	Respostas
Reações ao Diagnóstico	Antecedentes	Dor	P1 - “Não, eu senti assim... Um dia eu “tava” trabalhando lá no meu serviço, e eu senti fraqueza assim, tipo que eu ia dar um desmaio.”
			P2 - “Aí, porque não doía, não incomodava de jeito nenhum, eu achei por acaso (nódulo).”
			P3 - “Nunca senti nenhum desconforto assim, eu percebi porque no meu caso teve retração mamária né.”
		Auto exame	P1 - “E... eu descobri por que, apareceu aquele caroço, eu “palpava” e achava aquilo estranho.”
			P2 - “Aí no banheiro mesmo eu comecei a me examinar, examinava a mama, examinava a outra e não doía, não sentia dor. Mas “tava” bem grande”
			P3 - “Um dia eu conversando com minha menina e a gente, ela tem 15 anos né, e a gente conversando, ai eu trocando de roupa perto dela, ai a gente comentou eu falei assim: “Maria Eduarda não “tá” certo, porque um “tá” normal né e o outro na com retração mamária, então ai eu peguei e falei assim: “Eu vou olhar na internet né?” aique a gente entrou na internet e a gente viu que o primeiro dos sintomas que estava lá era a retração mamária”.
	Incertezas	P1 - “Eu continuei trabalhando, 11 meses. Ai um dia eu percebi que aquilo “tava”, tinha aumentado de tamanho, eu fui lá na doutora V., e pedi ela a biopsia, e ela falou assim, “Não, isso aí é nódulo de gordura”, eu falei assim, “Mas eu quero, de todo jeito, eu quero o pedido da biopsia”, ai deu. Constatou que, lá “tava”, escrito assim, no resultado do exame, “Grande suspeita de malignidade” – <i>Incerteza frente a imprecisão do diagnóstico.</i>	
		P2 - “Aí foi assim, eu fiz a cirurgia, uma cirurgia muito doída, tirou só o quadrante. Mas a gente assim, pensar assim, eu “tô” com esse problema né? Eu queria que tirasse tudo, ai ele falou assim: “Não, não precisa. “Não tem necessidade.” E eu fiquei preocupada, falei gente mas seria bom se tirasse tudo (mama) né? porque ai evitava.” – <i>Incerteza em relação a eficiência do procedimento escolhido pelo médico</i>	
		P3 - “Aí quando começou tudo, ai quando começou tudo, que eu fui ao médico e o médico me pediu uma mamografia urgente lógico que ela não falou nada né? Mas já me passou a mamografia urgente, eu já pus aquilo na cabeça...” – <i>Incerteza frente ao fato de estar com CA de mama.</i>	
	Lidando com a doença	Desespero	P1 - “Ah, eu achei que o chão ia desabar, eu fiquei muito desesperada.”
			P2 - <i>No discurso da participante não aparecem questões relacionadas com este tópico.</i>
			P3 - “mas, na verdade quando eu já vi na internet que era um dos sintomas, ai eu já fiquei apavorada, mas ai eu já comecei a me desestruturar né?”
Fantasias de morte		P1 - “Assim, não deixou de atingir meu psicológico, eu ficava assim é... o tempo todo pensando assim, que eu ia morrer, que eu ia morrer, que não ia ter jeito pra mim, sabe ?! Fiquei muito ansiosa.”	
		P2 - “Aí, como eu tenho mania de olhar os meus resultados de exames, né? Olhei lá, tumor maligno, “aí” na hora eu pensei, meu Deus eu vou morrer, depois eu andei mais um pouquinho, me deu aquela assim, sabe quando a gente leva aquele susto?”	
		P3 - “A minha preocupação maior foi meus filhos né... porque a gente nunca sabe o que vai acontecer com a gente, então a gente tem medo do que é novo né? Então a gente não sabe, por mais que o médico fale dos procedimentos você não sabe o que vai acontecer com você ali, então você corre risco a partir do momento que você toma uma anestesia né, geral... E eu fiquei com muito medo de tipo assim, não voltar né... Com medo dos filhos e eles também ficaram muito assim pra baixo...”	

Corpo	Apoio da família	P1 - “minha família deu total apoio, do jeito que eles podiam eles me apoiaram.”	
		P2 - “Aí ela, eu cheguei aqui, falei pra ela, mãe eu tô com um probleminha, mas eu vou tratar só que eu vou prometer para senhora que eu não vou morrer, eu não vou deixar a senhora. Aí, comecei o tratamento, aí ela ficou muito preocupada. [...] Ai assim, eu tive muito apoio e assim, a união da família também até “pra” minhas irmã eu falei”	
		P3 - “Quando eu comecei a fazer a primeira quimio, eu falava assim, ai eu fui e corte meu cabelo curtinho, minha família inteira, eu tenho mais três irmãs, ai a gente foi no salão todas elas cortou o cabelo curtinho igual eu ai me deram a maior força e eu falava assim: “Gente mais eu não posso deixar a casa cair, porque elas vão sofrer” e meus filhos cortaram o cabelinho, todo mundo sabe? Naquela maior campanha me ajudando, todo mundo, a família inteira, os homens rapou o cabelo, então eu me senti assim, sabe eu falava assim: “Gente mas eu não posso, eu não posso e eu não vou deixar né a casa cair” ai foi o que me deu muita força, foi eles.”	
	Consequentes	Angústia	P1 - “Eu não achava graça em nada, tudo pra mim assim era, coisa assim, que pra mim eu não achava sentido, parece que eu tinha perdido a motivação da vida entendeu? [...] Tem horas que você pensa assim “Ah, tanto faz, “Deus” podia era ter me levado. Porquê que eu to aqui? Porquê que eu fiquei aqui? sabe? Se não fosse minhas filhas, P2 - “Minhas colegas aqui, que ficou sabendo ai elas chegou sabe, uma chegou que trabalhava comigo no berçário ela chegou chorando sabe? Me abraçou chorando. A nossa chefe chegou aqui chorando, pensei, “gente será que eu tô tão ruim assim e eu não sei?” Mas eu não “tava” sentindo, porque eu não abaixei a cabeça, eu falei eu vou ficar bem. “Aí” eu pensava, será que eu to assim, será que esse problema é tão grave assim?” P3 - “Ele falou assim: “olha R., deu positivo, você tem noção do seu cabelo?” Eu falei assim: “Tenho”. Ai, acabou né, o mundo acabou.”
		Preparando-se para a morte	P1 - “Ah, eu pensava nas minhas filhas né, deixar minhas filhas, assim questão de não poder trabalhar mais, ajudar elas. Eu preocupo muito com as minhas filhas. Tive pensando assim, largar isso pra lá (tratamento com tamoxifeno), mas é um assunto muito sério né? Que o médico me falou que eu tenho que tomar esse remédio 5 anos. Aí voltando a questão das minhas filhas, eu faço tudo né, pra ficar boa.” P2 - “Aí eu já fui sabe, providenciar tudo aqui em casa pra mim não, é pra deixar tudo arrumadinho, inclusive eu liguei, eu “tava” na rua quando liguei pra minha irmã mais velha pra contar pra ela e ela perguntou o que você “tá” fazendo? Eu falei assim, eu “tô” na rua fazendo compra pra mim já deixar tudo arrumadinho porque eu vou e não sei que dia que eu volto.” P3 - “A minha preocupação maior foi meus filhos né... porque a gente nunca sabe o que vai acontecer com a gente, então você corre risco a partir do momento que você toma uma anestesia né, geral... E eu fiquei com muito medo de tipo assim, não voltar né...”
		Corpo Frágil/ Ciclo Menstrual	P1 - “Ah eu, assim, eu sinto meu corpo frágil, muita fraqueza.” P2 - “Quando eu comecei o tratamento, que eu comecei a quimioterapia a primeira coisa, eu já “tava” com 45 anos né? Eu já quase não “tava” assim, menstruando regular, então depois que eu fiz a primeira “ai” parou de vez” P3 - “Eu ficava assim, ruinzinha mesmo uns 2/3 dias e logo começava a ficar bem. Mas ai já tinha outra né? Então é a onde a gente fica assim um pouco debilitada né. Eu fiquei assim um pouco debilitada por um certo tempo mas ai agora graças a Deus... Senti muito quando eu tive reação com a vacina mais a radioterapia, me deu muita dor no corpo [...] corpo também deu uma engordadinha né (risos), porque quando eu comecei a fazer as quimioterapias, você para de menstruar, então você entra na menopausa induzida né, foi o que eles falaram comigo...”
	Pele	P1 - “Da rádio, queimou bastante, minha mama, ficou bem preta e tá até hoje ainda não voltou ao normal, e...ficou assim, na pele a carne vivinha, aquela primeira pele até soltou, no local sabe? Mas já voltou a pele normal, só que ainda tá escura ainda, ainda tá preta.” P2 - <i>Não há registro na fala da participante</i> P3 - “A questão das queimaduras da radioterapia eu não tive, ficou só escurinho, mais escuro onde fez a radioterapia”	
	Cabelo	P1 - “Ah, eu me sinto assim, que meu cabelo tá horrível, pra te falar a verdade eu não queria assim, ter perdido né...meu	

A MULHER E O CÂNCER DE MAMA: UM OLHAR SOBRE O CORPO ADOECIDO

			cabelo, né, que agora ele vai demorar a voltar. Meu cabelo era bem cumprido. Isso me deixou abalada.” P2 - “Ai como o médico de Goiânia já tinha me orientado que meu cabelo ia cair, eu sempre passava a mão na cabeça pra ver se ia cair né? “Ai” com 18 dias começou a cair, mas eu já “tava” orientada, então essa foi a mudança.” P3 - “Ele (médico) falou assim: Olha R. deu positivo, você tem noção do seu cabelo? Eu falei assim: “Tenho”. Ai, acabou né, o mundo acabou.”	
		Seio	P1 - “E porque eu, assim, um seio ficou mais alto né, onde eles mexeram, e o outro, que é o normal, ficou mais baixo. E eles esvaziaram minha axila, ficou um buraco, no lugar que eles mexeram.” P2 - <i>Não há registro na fala da participante</i> P3 - “As modificações que eu tive no corpo né... Foi da mama, lógico né, porque fez o quadrante, então teve que tirar o mamilo. Às vezes eu me olho assim no espelho, ainda é... porque na verdade, hoje eu me vejo assim, parece que foi um sonho ruim que eu tive né?!”	
		Medo	P1 - “Eu fiquei com medo de engordar demais, pela medicação que eu “tô” tomando. Ficar com corpo feio né. E também, não é saudável, eu tenho uns problemas de coluna, não posso engordar.” P2 - “Eu pensava como eu vou contar para minha mãe, eu pensei, gente o que eu conto para minha mãe? Eu fiquei preocupada, porque tinha três anos que eu tinha perdido a minha irmã também com câncer (CA de mama).” P3 - “A gente tem medo não é do tratamento. A gente fica apavorada é com, é muito agressivo o tratamento né? Porque a gente tem medo de ficar feia, né? A auto estima da gente vai lá em baixo”	
	Reações frente às modificações	Desconforto	P1 - “Foi muito desagradável viu. Fiquei bastante triste.” P2 - <i>Não há registro na fala da participante</i> P3 - “Mas as vezes a gente, o medo da gente, é porque a gente fica se sentindo feia, a gente anda na rua todo mundo te ver como uma coitada... Você entendeu?”	
		Angustia/ Isolamento	P1 - “Ai eu me sinto assim, que eu estou horrível no meio do povo, só eu ali, eu não vejo mais ninguém” P2 - “Agente tem que ser aquela pessoa, como se diz, pé no chão, firme e eu afastava muito daquelas pessoas negativas.” P3 - “Mas nunca deixei ninguém ver eu pra baixo, sempre tinha meu momento, a gente tem que ter o momento da gente né... mas ai eu ia pra dentro do meu quarto e só eu e como diz: “as quatro paredes” e nunca deixei ninguém me ver assim pra baixo não.”	
		Religiosidade	P1 - “Depois do tratamento, eu vi que tudo é uma questão assim, de um projeto de “Deus”, nada acontece por acaso, tudo “Deus” tem um plano, e... se eu ainda estou aqui, é porque “Deus” tem um plano comigo.” P2 - “Foi assim, eu sou uma pessoa tão temente a Deus, eu falei, se eu tenho Deus, “pra” quer que eu tô com medo, né?” P3 - “Eu falei assim: “Gente, eu sempre pedi a Deus que me desse sabedoria pra lidar com problema, né? pra mim não sofrer tanto, deixar minha família sofrer, meus filhos sofrerem, porque desestruturou minha família inteira, os meus filhos”	
		Sexualidade	Mudança da vida sexual	P1 - “Não, só no começo assim, que ficou bem feio, aonde eles bateram bem a rádio, eles insistiram com o tratamento pra queimar né, o local do nódulo, mas depois foi dando uma clareada, ainda não tá bem o normal, mas eu espero que ainda vai voltar” P2 - “Não eu “tava” divorciada” (Quando foi acometida pelo câncer de mama não estava mais casada e não relata sobre ter parceiro no decorrer do período do tratamento.). <i>Participante não entrou em detalhes sobre sua vida sexual</i> P3 - “Não, mudou assim, que durante as quimioterapias, é porque você realmente está debilitada devido a medicação, então você nem lembra de nada, na verdade a sua preocupação é voltada pra quilo: é de se recuperar, é de melhorar, é de ficar bem, então o resto você nem lembra.”
			Relação com	Desconforto

	o Parceiro	frente às modificações	P2 - <i>Não há registro na fala da participante</i> P3 - “E hoje não, graças a Deus esta ótimo”	
		Apoio do parceiro	P1 - “Ah, o meu esposo é bem tolerável, ele fala assim a gente não fica com uma mulher só por beleza, beleza é coisa que acaba aqui mesmo. A gente tem que ver é o caráter da pessoa” P2 - <i>Não há registro na fala da participante</i> P3 - “E outra questão, outro assunto assim, que me surpreendeu muito também né, porque eu achava que jamais iria me apoiar, que jamais ia ficar do meu lado, que ia aguentar, porque não é fácil né? Que ia ter paciência né, e me surpreendeu muito. Então a gente já junto até hoje. Meu deu apoio de todas as formas né, moral, conversava comigo, me acompanhou várias vezes também então eu achei assim, muito bonito da parte dele, porque eu não esperava. Me surpreendeu muito, então me fez ver as coisas assim de uma forma muito diferente.”	
Projeto de vida	Retomando a rotina após do CA	Expectativa de futuro	P1 - “Eu quero trabalhar, quero melhorar a cada dia mais, voltar minha rotina normal.” P2 - “Então, hoje é... eu faço um trabalho, eu faço um artesanato então às vezes eu passo ali eu fico até uma hora da manhã trabalhando e ali eu vou envolvendo sabe? Então não tem coisa melhor”. <i>Não desenvolve o mesmo trabalho (enfermeira) de antes pelo fato de atualmente estar aposentada.</i> P3 - “São ótimas, pretendo fazer faculdade, eu penso até em fazer psicologia... Eu gosto dessa área, é estudar, trabalhar e cuidar dos filhos né que são minhas prioridades.”	
			Ajudar o outro/ Autonomia	P1 - “Ah parece que eu fiquei assim...mas, segura assim, uma mulher mais...é, mais experiente. Que não foi por acaso. Eu vi também, não só os pontos negativos, vi os pontos positivos também.” P2 - “A gente tem que “ta” sempre procurando ajudar né? E sempre levantar a cabeça ser firme, mas hora nenhuma eu assim, não tive assim, problema sabe?” P3 - “A gente fica uma pessoa assim, mais solidária, mais amiga e faz parte né... crescimento, eu cresci muito como pessoa.”
				Possibilidade de remissão dos sintomas
		Uso de antidepressivo		

Figura 2: Categorização de Respostas de Mulheres Acometidas por Câncer de Mama (n=3)

### **Análise e Discussão dos Resultados**

A partir das respostas das três participantes é possível pensar e articular os quatro tópicos levantados na entrevista: Reações do diagnóstico, Corpo, Sexualidade e Projeto de vida. E, em relação à imagem corporal, comprometimento com o tratamento e relação social.

No que diz respeito às reações do diagnóstico, podemos constatar que todas as participantes, mesmo com ausência de dor, por meio do autoexame, verificaram algo anormal em suas mamas, o que gerou a dúvida e a preocupação frente à possibilidade de estarem com câncer de mama. Após o diagnóstico da neoplasia maligna constatou-se o surgimento de fantasias de morte, desespero, angústia e agressividade. Uma provável explicação para este resultado, conforme observado nas respostas das participantes abaixo relacionadas, são as campanhas de saúde e esclarecimentos veiculadas pelo Ministério da Saúde na mídia televisiva. Diante dos resultados encontrados nos parece que elas têm sido efetivas no que tange à conscientização da importância do autoexame.

P1 - Assim, não deixou de atingir meu psicológico, eu ficava assim é[...] o tempo todo pensando assim, que eu ia

morrer, que eu ia morrer, que não ia ter jeito pra mim, sabe ?! Fiquei muito ansiosa.

P2 - Aí, como eu tenho mania de olhar os meus resultados de exames, né? Olhei lá, tumor maligno, “aí” na hora eu pensei, meu Deus eu vou morrer, depois eu andei mais um pouquinho, me deu aquela assim, sabe quando a gente leva aquele susto?

P3 - Mas, na verdade quando eu já vi na internet que era um dos sintomas, aí eu já fiquei apavorada, mas aí eu já comecei a me desestruturar né?

Duarte e Andrade (2003) argumentam que o câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis, sendo eles: medo da morte, rejeição, estigmatização, mutilação, recidiva e incerteza quando ao futuro. As representações do câncer remetem a uma doença corrosiva, degradante, consumindo a pessoa aos poucos, sendo considerada, por todas as participantes da pesquisa, como uma fase traumática em suas vidas.

Não podemos deixar de destacar as fantasias ligadas à morte. Logo após receber o diagnóstico, todas as pacientes apresentam o que Kovács (1992) denomina como o estágio da negação, este mecanismo é mais comum no início do processo, e pode ser seguido de choque e

torpor. Geralmente, vem acompanhado da frase célebre: *não pode ser comigo*.

Após este estágio, as participantes apresentam em suas narrativas o que nomeamos como “preparação para a morte”, sendo que P1 e P3 demonstram preocupação em “deixar” os filhos, por outro lado, a P2 relata sobre a preocupação em “deixar” a mãe. É importante notar que no decorrer do tratamento o temor em “deixar” esses familiares alavancou o comprometimento com o tratamento da doença. O apoio recebido pelos familiares foi de grande eficácia neste processo.

Conforme Duarte e Andrade (2003), a preocupação central da mulher e de sua família após receberem o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência. Em seguida, surge a preocupação com o tratamento e as condições econômicas para realizá-lo. Por fim, há a preocupação com a mutilação e a desfiguração e suas consequências para a vida sexual da mulher.

Não obstante, no que diz respeito ao início do tratamento e às questões relacionadas ao corpo, as narrativas das participantes apontam para modificações no ciclo menstrual, corpo enfraquecido, queimaduras na pele, queda do cabelo e retirada do quadrante da mama.

P1 - Ah eu, assim, eu sinto meu corpo frágil, muita fraqueza.

P2 - Quando eu comecei o tratamento, que eu comecei a quimioterapia a primeira coisa, eu já “tava” com 45 anos né? Eu já quase não “tava” assim, menstruando regular, então depois que eu fiz a primeira “ai” parou de vez

P3 - As modificações que eu tive no corpo né [...] Foi da mama, lógico né, porque fez o quadrante, então teve que tirar o mamilo. Às vezes eu me olho assim no espelho, ainda é [...] porque na verdade, hoje eu me vejo assim, parece que foi um sonho ruim que eu tive né?! Então as vezes eu esqueço, eu não lembro né, que eu fui doente.

Neste ponto, torna-se possível pensar sobre o reflexo do tratamento no corpo físico e na imagem corporal dessas mulheres, uma vez que o corpo acometido pelo câncer de mama está fadado a modificações em seu esquema corporal, a mulher passa a se ver de outra maneira.

A imagem corporal é sempre uma imagem potencial de comunicação em um fantasma [...], A imagem do corpo é aquilo onde se inscrevem as experiências relacionais da necessidade do desejo, valorizantes e/ou desvalorizantes, ou seja, narcisantes e/ou desnarcisantes. Estas



sensações valorizantes ou desvalorizantes manifestam-se como uma simbolização das variações de percepção do esquema corporal e, mais particular, daquelas que induzem os encontros inter-humanos. (Dolto, 2015, p.25-27)

Trata-se de um conjunto de acontecimentos vividos inconscientemente na relação do bebê com a mãe, sendo as vivências corporais e emocionais mais primitivas do bebê.

A imagem do corpo não faz menção somente à constituição do sujeito situado na experiência dos primeiros cuidados maternos, mas também às experiências de vida mais atualizadas. Neste sentido, a imagem de corpo não permaneceria estática, mas seria considerada como uma espécie de tatuagem psíquica, que teve seu esboço traçado a partir dos primeiros investimentos libidinais envolvidos nos cuidados do bebê, mas que continuamente seguiu, sendo composta dia a dia: reproduzindo impressões e produzindo desdobramentos de sentido ao longo de toda vida do sujeito. (Souza, 2007. p.45)

Ao falarem sobre as modificações percebidas no corpo no decorrer do

tratamento as participantes demonstraram medo de “ficar feia”. Destacamos três pontos principais em suas falas: engordar, assimetria mamária e queda do cabelo. As modificações corporais, em decorrência do tratamento, tornam-se mais evidentes quando entram em contato com outras pessoas, diante do olhar dos outros se sentem desconfortáveis. Para exemplificar podemos observar algumas falas:

P1 - Ai eu me sinto assim, que eu estou horrível no meio do povo, só eu ali, eu não vejo mais ninguém.

P2 – Agente tem que ser aquela pessoa, como se diz, pé no chão, firme e eu afastava muito daquelas pessoas negativas.

P3 - Mas as vezes a gente, o medo da gente, é porque a gente fica se sentindo feia, a gente anda na rua todo mundo te ver como uma coitada [...] Você entendeu?

É importante neste ponto voltarmos nosso olhar ao Complexo de Édipo para entendermos a questão do falo para a menina e a forma como isso vai se organizar no decorrer de sua vida.

Bem diferentes são os efeitos do complexo da castração na mulher. Ela admite o fato de sua castração e, com isso, a superioridade do homem e sua própria inferioridade, mas também se

revolta contra esse desagradável estado de coisas. Dessa atitude dividida decorrem três orientações de desenvolvimento. A primeira leva ao afastamento da sexualidade em geral. Assustada pela comparação com os meninos, a garota fica insatisfeita com seu clítoris, renuncia a sua atividade fálica e, com isso, à sexualidade mesma, assim como a boa parte de sua masculinidade em outros campos. A segunda direção consiste em se apegar, com teimosa autoafirmação, à masculinidade ameaçada; a esperança de voltar a ter um pênis se mantém viva até uma época incrivelmente tardia, é transformada em objetivo de vida, e a fantasia de apesar de tudo ser um homem prossegue, com frequência, atuando formadoramente em longos períodos da vida. Também esse “complexo de masculinidade” da mulher pode resultar em manifesta escolha homossexual do objeto. Apenas um terceiro desenvolvimento, bastante sinuoso, vem a dar na definitiva configuração feminina normal, que toma o pai por objeto e, assim, alcança a forma feminina do complexo de Édipo. (Freud, 1931/2010. p. 207)

Devemos entender que é por meio da significância da castração que aquilo que denominamos como posição feminina vem a ser o tornar-se mulher, o que nada mais é do que o encontro com a feminilidade. Em nosso contexto destacaremos a dimensão simbólica dessas distinções femininas, refletindo sobre os caminhos subjetivos a partir da castração e então a mulher passa a nomear-se como tal.

Pensando sobre os destinos da imagem do corpo a partir das vias que são abertas pela castração feminina, sendo ela o momento em que a menina entra em contato com sua feminilidade, voltemos nosso olhar para as participantes desta pesquisa. Existe um real do corpo sendo tocado por procedimentos cirúrgicos e efeitos colaterais do tratamento, refletindo em perdas que estão diretamente relacionadas às características femininas: mama, cabelo, fertilidade. Essas perdas acarretam o que podemos designar como perda do ideal feminino, esse ideal feminino que remete ao movimento da castração feminina “passar a ter” ou “não ter mais”.

Souza (2007) afirma que é como se existisse nesse movimento uma renovada esperança de feminilidade: uma eterna expectativa de reparar uma balança imaginária, que tenta remeter certo

equilíbrio entre os excessos e as faltas simbólicas para o real de um corpo. É um corpo que possa ser reconhecido como sendo de uma mulher.

Nesse sentido, voltando o olhar para as participantes da pesquisa, podemos perceber de forma clara que as modificações geradas pelo tratamento acabam por modificar a forma dessa mulher se ver e conseqüentemente interferem na relação com o parceiro e o meio social destas. No que diz respeito à sexualidade, foi identificada uma redução em suas rotinas sexuais. É importante ressaltar que a P2 não relatou sobre questões de ordem sexual, afirmando ser divorciada e desde a separação, que ocorreu antes do adoecimento, não teve mais parceiro, evitando abordar este tópico.

As participantes P1 e P3 informaram sobre uma diminuição na rotina sexual em decorrência da debilidade gerada pelo tratamento e temor inicial sobre o que o parceiro iria achar. No entanto, no que diz respeito às marcas geradas pela radioterapia e a assimetria mamária foi possível perceber que o apoio dos parceiros as ajudou de forma significativa a enfrentarem tais modificações. Vale ressaltar que ambas relatam se sentirem insatisfeitas com seu corpo gostariam de realizar cirurgias

plásticas, porém, no momento não se sentem preparadas psicologicamente para entrarem em contato com procedimento cirúrgico, mas que sentem essa necessidade. “A diferença entre o corpo que se pode ver e aquele que não é alcançado pela visão, é traduzida pelas contingências da imagem que a mulher tem e faz do seu corpo. Isto significa que os efeitos dessa diferença compõem os traços desta imagem.” (Souza, 2007. p. 41).

Não podemos deixar de apontar sobre a questão da religião, que aparece no discurso das pacientes de forma marcante, sendo um dos fatores de grande apoio para continuarem comprometidas com o tratamento, e até mesmo para a aceitação da doença, sendo o câncer de mama, segundo elas, um “Projeto de Deus” e “Aquele que vai cuidar”.

P1 - Parece que eu adquiri, assim, depois do tratamento, eu vi que tudo é uma questão assim, de um projeto de Deus, nada acontece por acaso, tudo Deus tem um plano, e [...] se eu ainda estou aqui, é porque Deus tem um plano comigo.

P2 - Foi assim, eu sou uma pessoa tão temente a Deus, eu falei, se eu tenho Deus, “pra” quer que eu tô com medo, né?

P3 - Eu falei assim: “Gente, eu sempre pedi a Deus que me desse sabedoria

pra lidar com problema, né? pra mim não sofrer tanto, deixar minha família sofrer, meus filhos sofrerem, porque desestruturou minha família inteira, os meus filhos.

O apoio familiar favoreceu de forma significativa o comprometimento com o tratamento, uma vez que a família possui grande influência no desenvolvimento psíquico do sujeito; ela é tida como base, pois é o primeiro grupo no qual o mesmo foi inserido, ou seja, a socialização primária. No decorrer das falas das pacientes diversas vezes elas apontam sobre a importância desse apoio.

P1 - minha família deu total apoio, do jeito que eles podiam eles me apoiaram.

P2 - Aí ela, eu cheguei aqui, falei pra ela, mãe eu tô com um probleminha, mas eu vou tratar só que eu vou prometer para senhora que eu não vou morrer, eu não vou deixar a senhora. Aí, comecei o tratamento, aí ela ficou muito preocupada. [...] Ai assim, eu tive muito apoio e assim, a união da família também até “pra” minhas irmã eu falei.

P3 - Quando eu comecei a fazer a primeira quimio, eu falava assim, ai eu fui e corte meu cabelo curtinho, minha família inteira, eu tenho mais três

irmãs, ai a gente foi no salão todas elas cortou o cabelo curtinho igual eu ai me deram a maior força e eu falava assim: “Gente mais eu não posso deixar a casa cair, porque elas vão sofrer” e meus filhos cortaram o cabelinho, todo mundo sabe? Naquela maior campanha me ajudando, todo mundo, a família inteira, os homens rapou o cabelo, então eu me senti assim, sabe eu falava assim: “Gente mas eu não posso, eu não posso e eu não vou deixar né a casa cair” ai foi o que me deu muita força, foi eles.

As participantes P2 e P3 já retornaram à rotina de trabalho, não exercem o mesmo cargo que exerciam antes de serem acometidas pelo câncer de mama (P2 era enfermeira e se aposentou antes de ser acometida pelo câncer, atualmente trabalha com artesanato em casa. P3 trabalhava em uma creche e atualmente é coordenadora em uma associação para portadores de câncer. P1 não voltou a sua rotina de trabalho).

É importante relatar sobre a necessidade de ajudar o outro. As participantes expuseram que, após essa trajetória com o câncer de mama, tornaram-se pessoas que pensam mais no outro. As participantes P1 e P2 relatam

fazer uso de antidepressivo, mas não estão em processo de psicoterapia.

### **Considerações Finais**

A partir da realização desta pesquisa, por um lado, foi possível constatar que o câncer de mama ainda é um representante de morte para as pessoas acometidas, ou seja, no momento em que a pessoa é diagnosticada com esta neoplasia maligna imediatamente se sente insegura em relação à possibilidade de cura e começa a vivenciar um momento que, neste trabalho, denominamos como “preparar-se para a morte”.

Por outro lado, passado esse primeiro contato com o diagnóstico, após as primeiras modificações no corpo a mulher passa a se ver de outra maneira, agora como alguém que aos poucos vai perdendo suas características femininas e tais modificações são acompanhadas de sentimentos de angústia, baixa autoestima, isolamento e temor.

No decorrer da pesquisa percebemos que as participantes apontam para o fato de “ficar feia”, fazendo referência aos estereótipos arraigados na sociedade em relação à condição da mulher acometida pelo câncer de mama, as pessoas passam a olhar a mulher como alguém que está fadada à morte ou com

olhar de piedade. Essa postura só favorece o rebaixamento emocional das mulheres acometidas, acarretando o isolamento social.

O empenho com o tratamento em momento algum foi abalado, reforça-se a importância da crença religiosa, do apoio familiar e do companheiro, uma vez que a mulher fragilizada encontra forças naqueles que são vistos como a base. Vale salientar que tal situação não se aplica a todas as mulheres, visto que algumas já não possuem familiares e/ou companheiros. Em relação ao meio social, as participantes apontam que após o diagnóstico se tornaram pessoas mais solidárias, destacando a necessidade de ajudar o outro.

Sendo assim, a partir do objetivo proposto pela pesquisa de traçar um paralelo entre as formas de enxergar o corpo doente e a influência desta autoimagem no tratamento, no meio social e sexual da paciente, podemos afirmar que foi possível responder de forma satisfatória a tais questões, uma vez que se conclui que a partir do momento em que mulher é diagnosticada com o câncer de mama, a forma de se ver se modifica, passando a se ver como alguém que perdeu ou perderá as características marcantes de uma mulher, acarretando os diversos fatores supracitados. Por outro lado, a relação com

o parceiro não foi desestabilizada frente a essas questões; é importante lembrar que as participantes apontam sobre desconfortos, vergonha em relação ao marido, porém, diante o apoio recebido, conseguiram lidar bem com a situação, não ocorrendo mudanças drásticas na relação.

Não podemos deixar de apontar as dificuldades encontradas no decorrer da pesquisa. Por se tratar de uma cidade que não possui tratamento aos portadores de câncer de mama, encontrar pacientes em diferentes estágios foi bastante complicado; outro entrave que encontramos foi a limitação de pacientes residentes na cidade, muitas apresentavam resistência em participar da pesquisa temendo entrar em contato com questões relacionadas à doença. Por não estarem familiarizadas com os protocolos científicos, elas temiam o fato de terem que assinar o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e até mesmo o registro de fotos e/ou vídeos.

É importante os profissionais de saúde voltarem o olhar e a escuta para essas mulheres acometidas pelo câncer de

mama, procurando mantê-las informadas sobre seu real estado e sobre cada etapa do tratamento, colocarem-se à disposição para esclarecimentos. Ações como esta favorecem a percepção da paciente sobre seu lugar, contribuindo para que essa mulher não tenha sobre si a ideia de ser um simples objeto, mas alguém que é vista e escutada e detentora de um corpo. Posturas como esta impedem o assujeitamento que ocorre na maioria dos tratamentos e possibilita que o sujeito também se dedique em todo o decorrer do tratamento, sendo ativo em todo esse processo. Ressaltamos que o acompanhamento psicológico se torna imprescindível.

Sugerimos a realização de novos estudos, com um número maior de participantes e em outras regiões do país, possibilitando a comparação dos resultados encontrados entre si, de forma a melhor compreender o drama de mulheres acometidas pelo câncer de mama e, na medida do possível, contribuir para a redução da dor e do sofrimento humanos.

### Referências

- Almeida, R. T., Guerra, R. M. & Filgueiras, T. S. M. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1003-1029. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>

Brasil CNS – Conselho Nacional de Saúde (2012). Resolução 466/2012 normatiza a pesquisa com seres humanos no Brasil. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.

Breakwell, M. G (2010). Métodos de entrevista. In: Breakwell, M. G., Schaw, C. F., Hammond, S. & Smith, J. A. *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 239-256). Porto Alegre: Artmed.

Campos, S. C. S. (2007). A imagem corporal e a constituição do eu. *Revista Reverso*, 54, 63-70.

Dolto, F. (2015). *A Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.

Duarte, T. P. & Andrade, A. N.(2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1),155-163. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100017>.

Freud, S. (2010) Sobre a Sexualidade Feminina. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. XVIII). São Paulo: Companhia das Letras (1930-1936). Versão digital. (Original publicado em 1931).

Gil, A. C. (2008). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Gomes, R. (1987). *Manual de oncologia básica*. Campinas:Revinte.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (2010). Censo Demográfico de 2010. Disponível em:<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acessado em 07 de julho de 2015.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística (2010). Censo Demográfico de 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acessado em 07 de julho de 2015.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2014). <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_mama++](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++)>. Acesso em 10 de Junho de 2015.

Kovács, M. J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do psicólogo.

- Lacan, J. (1986). *Seminário Livro I: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Texto original publicado em 1954/1953.
- Lotti, R. C. B., Barra, A. A., Dias, R. C. & Makluf, A. S. D. (2008). Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(4), 367-371.
- Nasio, J. D. (2009). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Neme, B. M. C. (2010). *Psico-oncologia: Caminho e perspectivas*. São Paulo: Summus.
- Santos Jr, J. C. & Soares, L. F. M (2012). Câncer de mama. In: VIERA, S. e outros. *Oncologia básica* (pp.41-60). Teresina, PI: Fundação Quixote.
- Smith, A. J. & Eatough, V. (2010). Análise Fenomenológica Interpretativa. In: Breakwell, M. G., Schaw, C. F., Hammond, S. & Smith, J. A. *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp. 324-338). Porto Alegre: Artmed.
- Souza, K. C. V. (2007). *O Feminino da estética do corpo: uma leitura psicanalítica*. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco, Pró-Reitoria de pesquisa e pós-graduação, 2007.
- Stricker, T. P. & Kumar, V. (2010). Neoplasia. In: Robins & Cotran. *Bases patológicas das doenças* (pp.259-330). Rio de Janeiro: Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-1-4377-0792-2.50012-2>

### Os autores:

**Rafael Mendes Barbosa Ferreira** é psicólogo, graduado pela Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão.  
E.mail: [rafaelmendes.bf@outlook.com](mailto:rafaelmendes.bf@outlook.com)

**Moises Fernandes Lemos** é psicólogo clínico, especialista em Psicologia Clínica e em Filosofia, mestre em Psicologia e doutor em Educação. Atualmente, é professor adjunto na Universidade Federal de Goiás, Regional Catalão – UFG/RC. Endereço – Av. Anhanguera, 1201, Unidade 141, CEP 75702-610 – Catalão – GO. E.mail – [moisesflemos@yahoo.com.br](mailto:moisesflemos@yahoo.com.br)

**Recebido em:** 20/12/2015

**Aprovado em:** 25/03/2016