

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**FACULDADE DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)**

**ELA TEM PEITO, A OUTRA TEM PEITO; SOU DES-PEITADA, MUITO PRAZER:  
ANÁLISE COMPREENSIVA COM MULHERES MASTECTOMIZADAS**

**JONILEIDE MANGUEIRA DA SILVA**

**MANAUS**

**2013**

**JONILEIDE MANGUEIRA DA SILVA**

**ELA TEM PEITO, A OUTRA TEM PEITO; SOU DES-PEITADA, MUITO PRAZER:  
ANÁLISE COMPREENSIVA COM MULHERES MASTECTOMIZADAS**

**Pesquisa apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.**

**Orientador: Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro**

**MANAUS**

**2013**

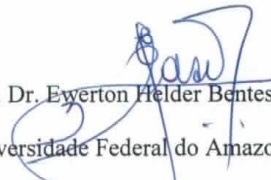
**Jonileide Mangueira da Silva**

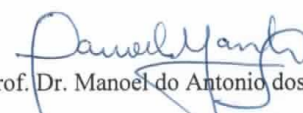
**“Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: Análise compreensiva com mulheres mastectomizadas.”**

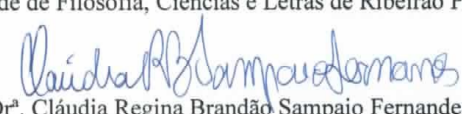
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, na Linha de Processos Psicológicos e Saúde.

Aprovada em 31 de Setembro de 2013.

BANCA EXAMINADORA:

  
Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro  
Universidade Federal do Amazonas - AM

  
Prof. Dr. Manoel do Antonio dos Santos  
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

  
Prof. Dr. Cláudia Regina Brandão Sampaio Fernandes da Costa  
Universidade Federal do Amazonas - AM

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO PARCIAL TOTAL OU PARCIAL DESTA  
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,  
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE**

Silva, Jonileide Mangueira da

Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer:  
análise compreensiva com mulheres mastectomizadas; Manaus,  
2013.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Universidade Federal do  
Amazonas – UFAM. Área de concentração: Psicologia e Saúde.

Orientador: Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro.

1. Câncer de Mama. 2. Diagnóstico. 3. Mastectomia. 4.  
Fenomenologia Existencial. 5. Superação.

Este trabalho é dedicado aos meus dois amores: minha mãe que sempre presente, confiou-me e incentivou; e meu pai, que me apoiou nos momentos mais difíceis na busca desta realização.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por todas as bênçãos dadas ao longo de todo caminho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro, que com seu apaixonante conhecimento, me abriu o caminho da Fenomenologia e a possibilidade de novas construções de aprendizados.

À Profa. Dra. Cláudia Regina Sampaio, pelo apoio e confiança em mim depositados.

À Profa. Dra. Maria Alice e Profa. Dra. Rosângela Dutra, por toda escuta e apoio que me foram dados.

A Tânia Leal, que secretariou com excelência por todo este período, tornado-se além de uma secretária, uma pessoa muito querida.

A Betuca Buriel, Juliane Freitas e Cristina Carneiro que se fizeram sempre presentes em todos os momentos, ajudando, apoiando e contribuindo para a realização deste momento.

A Chay Cândida, Juliana Dolores, Wildson Cruz, Érika Pessoa, Késia Salgado, Iris Miranda e Fátima Garcia pela torcida e boas vibrações a mim espargidas.

A Oriona Ohse, presidente do grupo GAMMA, pela calorosa recepção e apoio ao desenvolvimento do projeto.

A todos que, diretamente e indiretamente, contribuíram para a minha chegada até aqui!

“É parte da cura o desejo de ser curado.”

*Sêneca* (4a.C. – 65d.C)

## RESUMO

SILVA, J.M. **Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: análise compreensiva com mulheres mastectomizadas.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Amazonas – UFAM, Manaus, 2013.

A experiência da comunicação do diagnóstico do câncer de mama em mulheres instaura uma crise onde são expostas suas vulnerabilidades, como a perda de suas feminilidades. Ter o câncer de mama equivale a aproximar-se da morte, e esta sensação vem em companhia de sentimentos de tristeza e desespero. Ser submetida à mastectomia traz consigo a mutilação; e com a quimioterapia e radioterapia, a depressão pela perda dos cabelos, cílios e pelos corporais. Os problemas advindos do câncer de mama não são sentidos apenas pelas pacientes, mas também por todas as pessoas que convivem em seus meios sociais. Algumas dessas tendem a ajudar essas mulheres, e outras, simplesmente lhes abandonam. Uma rotina de separações, perdas, frustrações e mudanças são instauradas; e de onde não se imagina, surge uma ajuda muito valiosa, a do Grupo de Apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia – GAMMA. A partir da vivência neste grupo, a presente pesquisa de natureza qualitativa, desenvolveu-se de acordo com os preceitos do método fenomenológico, que preconiza compreender o outro naquilo que ele traz em seu discurso. As colaboradoras da pesquisa foram dez mulheres mastectomizadas há pelo menos um ano e que frequentam o GAMMA na Fundação CECON, em Manaus, Brasil. O estudo foi realizado mediante entrevistas gravadas em áudio e partindo da solicitação que as participantes descrevessem como vivenciaram o momento do diagnóstico, a cirurgia e entrada no GAMMA, bem como o que pensam acerca de tudo que envolveu a questão. A partir dos discursos foram apreendidas Unidades de Significados que originaram Categorias de Análise e serviram para compreender a existencialidade dessas mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama, possibilitando a síntese compreensiva do fenômeno “ser-no-mundo-com-câncer-de-mama”. O estudo revelou que a experiência do diagnóstico de câncer de mama é significado como um momento de grande impacto e geratriz de modificações acentuadas nos mais variados setores da vida: familiar, pessoal e social. A fé, a reflexão, a possibilidade de aprendizagem, o apoio familiar e o apoio do grupo GAMMA surgem como recursos de enfrentamento. Permeando esses aspectos, a vivência do tempo em seu nexo de tripartição temporal, onde passado, presente e futuro são vivenciados simultaneamente e o sentimento de culpa pela possibilidade de ter evitado a doença, conclui-se que “ser-no-mundo-com-câncer-de-mama” é uma experiência dolorosa, impactante, plena de mudanças radicais, mas com possibilidades de aprendizado, de luta, cura e superação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer de Mama – Diagnóstico – Mastectomia – Fenomenologia – Superação



## ABSTRACT

SILVA, J.M. **She has breasts, the other has breasts; I have no breasts, pleased to meet you: comprehensive analysis with women mastectomizadas.** Dissertation (Master's Degree) Federal University of Amazonas – UFAM, 2013.

The experience of receiving the communication of the breast cancer diagnosis for a woman establishes a crisis where her vulnerabilities will be exposed, with the loss of the femaleness. Contract breast cancer is equivalent to be close to death, and this feeling brings together the sensation of sadness and despair. The mastectomy surgery brings a mutilation; and the chemotherapy and radiotherapy, brings depression over the loss of hair, eyelashes and body hair. The problems related with the breast cancer are felt not only by the patients, but also by all the people living in their social environment. Some people tend to help these women, others tend to simply abandon them. A routine of separation, loss, frustration and changes takes place; and from where you least expect, comes a valuable help, the Grupo de Apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia – GAMMA (Support Group for mastectomized women of the Amazon). From the living experience in this group, the present qualitative research, developed according to the precepts of the phenomenological method, which advocates the understanding of the other through his own speech. The research collaborators were ten women mastectomized for at least one year who attended the GAMMA at the Fundação CECON (CECON Foundation), in Manaus, Brazil. The study was conducted through audio-recorded interviews and based on the request that participants describe how did they experienced the moment of diagnosis, surgery and GAMMA group entry, as well as what they think about everything that related with the issue. From the speeches were recognized the Meaningful Units that originated Analysis Categories and served to understand the existentialism of these women before the diagnosis of breast cancer, enabling comprehensive synthesis of the phenomenon "being-in-the-world-with-breast-cancer". The study revealed that the experience of diagnosis of breast cancer is meant as a time of great impact and generates profound changes in various aspects of life: family, personal and social. Faith, the reflections, the possibility of learning, family support and the *GAMMA* group support emerge as coping factors. Permeating these aspects, the experience of time in its tripartite temporal nexus where past, present and future are experienced simultaneously and guilt for the possibility of a disease that could had been prevented, concluded that "being-in-the-world-with-breast-cancer" is a painful and impacting experience, full of radical changes, but with possibilities for learning, fighting, healing and overcoming.

**KEYWORDS:** Breast Cancer – Diagnosis - Mastectomy - Phenomenology - Overcoming

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Participantes da Pesquisa .....	39
--------------------------------------------	----

## **LISTA DE SIGLAS**

FCECON – Fundação Centro de Controle de Oncologia  
GACC – Grupo de Apoio às Crianças com Câncer  
GAMMA – Grupo de apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia  
LACC – Liga de Apoio Amazonense Contra o Câncer  
PPGPSI – Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
TA – Transtorno Alimentar  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TD – Transtorno Dismórfico  
TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático  
UFAM – Universidade Federal do Amazonas  
UNIP – Universidade Paulista

## SUMÁRIO

PRÉ-REFLEXIVO .....	13
2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA .....	16
2.1 O Câncer .....	16
2.2 A Mama .....	17
2.3 O Câncer de Mama .....	18
2.4 O Diagnóstico .....	19
2.5 Os Tratamentos .....	20
2.6 Os Aspectos Psicológicos do Adoecer .....	22
3 A FENOMENOLOGIA DE MARTIN HEIDEGGER .....	26
4 A FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY .....	30
4.1 O Corpo .....	31
4.2 O Espaço e o Tempo .....	32
4.3 A Liberdade .....	33
5 OBJETIVO GERAL .....	35
6 A PESQUISA .....	37
6.1 O Método Fenomenológico na Pesquisa com Base Psicológica .....	37
6.2 Os Primeiros Passos .....	38
6.3 O Grupo de Apoio e Suas Atividades .....	39
6.4 As Entrevistas .....	41
6.5 Compreensão e Construção dos Resultados .....	43
7 ANÁLISE DOS DADOS .....	45
7.1 Categorias de Análise .....	46
7.1.1 Categoria I: A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: A FACTICIDADE A SER VIVENCIADA .....	46
7.1.1.1 Surpresa, Impacto, Dor e Desespero: a Expressão de Sentimentos Diante do Diagnóstico .....	46
7.1.1.2 O Diagnóstico Revela a Possibilidade de Perda da Mama: Momento de Angústia e Pesar .....	47
7.1.1.3 A Vivência do Obscuro: a Preocupação, o Medo do Futuro e da Morte .....	48
7.1.1.4 A Não Aceitação do Diagnóstico: um Mergulho na Inautenticidade .....	49
7.1.2 Categoria II: FATO INEVITÁVEL: MASTECTOMIZAÇÃO .....	50
7.1.2.1 A Dificuldade em Falar no Assunto .....	50

7.1.2.2 Diante do Limite de “Ser-Humano” .....	51
7.1.2.3 O Momento do Olhar: a Dificuldade em Ver-Se .....	52
7.1.2.4 O Outro Eu: ser Diferente de Mim ou Quando a Alma Chora .....	53
7.1.2.5 Diante da Morte, do Sofrimento do Outro .....	53
7.1.3 Categoria III: ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO: “CON-VIVENDO” COM A PERDA .....	54
7.1.3.1 Vivendo a Facticidade, o Inevitável .....	54
7.1.3.2 A Religiosidade como Enfrentamento .....	56
7.1.3.3 A Importância do Apoio .....	58
7.1.3.3.1 A Família .....	58
7.1.3.3.2 Profissional .....	59
7.1.3.3.3 Grupo Social: GAMMA .....	60
7.1.3.3.4 Grupo Social: Amigos e Sociedade .....	61
7.1.3.4 Quando Falta o Apoio: a Solidão e a Mágoa .....	61
7.1.3.5 Indo Além de Si: a Vivência da Solidariedade com o Outro .....	62
7.1.3.6 Na Busca de “Re-Existir”: Contradições e Emoções .....	63
7.1.3.7 O “Ser-Doente” X o “Ser-Culpado” .....	64
7.1.3.8 Quando o Outro Invade o “Ser-Eu”: Crenças e Fantasias .....	65
7.1.3.9 O Olhar do Outro: o Preconceito .....	66
7.1.4 Categoria IV: DESPEITADA: CONTUDO, SEGUINDO EM FRENTE: A VIVÊNCIA DA TEMPORALIDADE .....	67
7.1.4.1 Entendendo a Vivência: uma Reflexão Sobre a Autoexistência .....	67
7.1.4.2 Agora Sim: o Novo “Ser-Eu” .....	68
8 SÍNTESE COMPREENSIVA .....	71
9 ANÁLISE COMPREENSIVA A PARTIR DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL .....	76
9.1 Quando o Mundo Não Satisfaz: da Angústia à Ressignificação .....	79
9.2 A Cura e a Superação .....	81
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	86
11 POSSIBILIDADES DE PESQUISAS FUTURAS .....	96
REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO.....	97
ANEXOS .....	100

## PRÉ-REFLEXIVO

O câncer de mama tende a ser um dos problemas de saúde que mais atingem a mulher e sua feminilidade, causando-lhe sofrimento e modificando seu relacionamento consigo e com mundo, que permeiam desde alterações corporais à mudança de valores, crenças e atitudes.

A realização de um procedimento cirúrgico mediante adoecimento por neoplasia traz alterações em convivências sociais e pessoais da paciente, além de um sofrimento constante marcado por uma busca compreensiva acerca da situação vivida e a reelaboração de si mesma com fins de reconstrução da existência pessoal.

Após serem submetidas à mastectomia, algumas dessas mulheres associam-se a grupos de ajuda, tais como o Grupo de Apoio a Mulheres Mastectomizadas da Amazônia, o GAMMA. Ao adentrarem neste, passam a refletir acerca desse momento, auxiliando-se mutuamente, reconstruindo sua vivência pós-cirúrgica e modificando, dentre vários aspectos, a autoestima, a autoimagem, o autoconceito; o que culmina na superação da mutilação<sup>1</sup>.

Diante do exposto, a indagação sobre como a mulher significa emocionalmente a vivência do adoecer, do descobrir-se com câncer, de ser submetida à mastectomia e passar pelo pós-tratamento, veio à tona.

Desenvolver esta perspectiva temática me remeteu à reflexão dos anos em que venho atuando como profissional psicóloga. Ao finalizar a graduação em Psicologia na Universidade Paulista – UNIP/Manaus (ano 2005), uma grande demanda para atendimento clínico voltado a questões que envolviam corpo e autoimagem modificaram meu foco de interesse, redirecionando-me da área organizacional para a clínica.

Muitos pacientes buscavam tratamento para Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), Transtornos Alimentares (TA) – Bulimia e Anorexia – e Transtornos Dismórficos (TD).

Acompanhada de minha crença onde não se pode existir separação entre sanidade mental e saúde física, trabalhava com meus pacientes com atendimentos psicológicos e terapias manuais em massoterapia<sup>2</sup>. Crença esta que me levou finalizar uma Pós-graduação *Latu Senso* em Acupuntura no ano de 2012.

Alguns casos específicos de pacientes com TD envolviam problemas físicos como depressão por amputação dos membros inferiores após acidente de trabalho. E isso sempre

---

<sup>1</sup> Entendendo aqui como superação, a capacidade de lembrar a vivência sem, contudo, evocar sofrimento.

<sup>2</sup> Curso Profissionalizante concluído no ano de 2003.

trazia uma autoindagação sobre como realizar o tratamento diante da iminência de um fator físico vivenciado de forma tão dolorosa?

Atuei junto a muitas outras pacientes que buscavam cirurgias plásticas, consideradas desnecessárias pelos familiares, amigos e até por mim, tendo em vista que as mesmas correspondiam aos padrões de beleza culturalmente aceitados. Tal vivência me levou a fazer uma Pós-graduação *Latu Senso* em Pré e Pós-Operatórios, finalizada no ano de 2008.

Em 2010, o Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM realizou um Seminário de Pesquisa, e neste, me foi apresentada uma pesquisa relacionada à utilização do método fenomenológico de pesquisa em Psicologia na área da Oncologia. Ao final da apresentação e ávida por aprofundar o conhecimento recém-adquirido, fui ao professor perguntar sobre a possibilidade da aquisição do material que havia sido apresentado. Diante da conversa inicial tão profícua, percebi que modificaria totalmente a minha proposta de pesquisa em relação ao Mestrado, o que originou o presente trabalho.

Ao me deparar com a possibilidade de atuar com meu orientador no GAMMA, senti-me inteiramente inclinada e muito interessada na busca da compreensão de como as mulheres mastectomizadas vivenciam tal situação e sua mutilação; como elas se veem e se percebem após a cirurgia; como essa fase de suas vidas é enfrentada em cada etapa – desde o diagnóstico até a superação – acreditando que existe uma superação; qual a importância da participação ativa de seus familiares, amigos e grupo de apoio nessa superação; e principalmente, quais os caminhos psicológicos que essas mulheres encontram para alcançar esta superação.

Entender a vivência dessa situação passo-a-passo e como ela é superada trará subsídios complementares aos tratamentos psicológicos já existentes; e não apenas aos tratamentos oncológicos, mas também a tratamentos onde terapeuta e paciente devem lidar com uma real situação sofrida, como amputações, paraplegias e lutos.

A partir da visão de mulheres mastectomizadas, a pesquisa buscou compreender o sofrimento vivenciado e como elas mobilizam-se em prol da diminuição deste, a fim de contribuir socialmente com a qualidade de vida e saúde de mulheres, que ainda viverão tal situação.

A incidência do câncer de mama entre mulheres vem aumentando nos últimos anos, e mesmo com todas as campanhas informativas vistas em televisões, rádios e jornais, sobre como diagnosticar e tratar o câncer, “esta doença”, como é chamado por muitas das participantes mastectomizadas, ainda é vista como fatal; um significativo da morte.

Receber o diagnóstico de câncer de mama e vivenciar todas as suas etapas (cirurgia, quimioterapia, radioterapia) causou uma transformação na vida das mulheres entrevistadas; e, de acordo com as mesmas, o momento inicial, o do diagnóstico, é recebido com um turbilhão de emoções como tristeza, desespero e medo.

Em meio a esse desespero e medo da morte, surgem os estágios comuns à situação, a negação da doença, a raiva que suscita a culpa por estar doente, a depressão por viver momentos tão dolorosos e por se ver perdendo “pedaços” de si como a mama e os cabelos.

O medo da morte é uma constante na vida dessas mulheres com câncer, seja em qualquer etapa em que elas estiverem vivenciando: na cirurgia, seus corpos são mutilados pela retirada da mama e há medo em que algo dê errado, já na quimioterapia ou radioterapia, o medo de não suportar as aplicações e suas reações fisiológicas ganham destaque. (CASTRO, 2009)

Muitas perdas físicas são tidas e sentidas emocionalmente: a retirada da mama pela cirurgia, somada à queda dos cabelos, cílios e pelos corporais pela radio e quimioterapia, mexem diretamente com a autoestima dessas mulheres; fazendo-as evitar olhar-se no espelho, por semanas e até meses.

Uma necessidade de amparo e apoio se torna importante; os familiares, os amigos e o Grupo de Apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia– GAMMA ganham destaque na vida das participantes. Os apoios vindos dessas pessoas somados às experiências religiosas lhes ajudam a sentir calma, paz, a ter forças de “lutar” contra a doença e a “seguir em frente”.

E assim, vivendo e refletindo suas vivências enquanto “seres-no-mundo-para-a-morte”, as entrevistadas mostram trilhar caminhos para a cura e a superação.



## REVISÃO DE LITERATURA

### 2 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CÂNCER DE MAMA

#### 2.1 O Câncer

Podendo acometer homens e mulheres da várias idades, o câncer é visto por Salci e Marcon (2011) não como uma doença única, mas sim como um grupo de doenças com um denominador em comum: a multiplicação anormal e anárquica das células que constituem os tecidos orgânicos, iniciando-se por uma célula, que se divide, multiplicando-se progressivamente, até formar uma tumoração.

Para Parker (2007), todos os cânceres possuem a mesma causa básica, onde as células proliferam-se descontroladamente já que a regulação normal de suas divisões foi danificada. Os genes defeituosos são vários na raiz do problema, podendo ser herdados, transmitidos por carcinógenos conhecidos como agentes causadores do câncer ou pelo processo de envelhecimento.

Ainda com vistas à definição do câncer, este também pode ser chamado de neoplasia, referindo-se a um conjunto de patologias que incide sobre o organismo, caracterizada pela duplicação desordenada de células diferenciadas, podendo atingir diferentes estruturas teciduais e apresentar tipologia variada. (CASTRO, 2009)

Segundo Camargo e Marx (2000), embora haja o entendimento médico sobre o que significa o termo neoplasia, tem sido surpreendentemente difícil desenvolver uma definição precisa. O câncer tem princípios psíquicos, físicos, ambientais e alimentares. Suas causas são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

Por essa diversidade de causas ou como chamado anteriormente de princípios, é importante entender o câncer não somente a partir de uma perspectiva médica, mas também psicológica, bem como os processos psíquicos nele envolvidos.

O conceito de câncer nos dias de hoje passa por transformações, sendo percebida mais como uma doença crônica e do que fatal. Mesmo assim, Salci e Marcon (2011) enfatizam que a experiência provocada por esta doença exige uma reorganização pessoal e familiar nos vários aspectos da vida social, orgânico, psicológico, emocional e espiritual.

A partir daí, possuindo uma visão do câncer como problema de saúde pública, Guerra; Moura e Mendonça (2005) alocam esta neoplasia como responsável por mais de seis milhões

de óbitos a cada ano; ou seja, cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo.<sup>3</sup> O câncer de mama, que acomete em sua maioria as mulheres, é considerado como o segundo tipo de câncer mais comum no mundo.

No Brasil, os registros de pesquisa sobre câncer, mostram como tumores mais frequentes o câncer de próstata, pulmão, estômago, cólon, reto e esôfago na população masculina; e de mama, colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago, na população feminina, respectivamente nesta ordem (GUERRA, MOURA, MENDONÇA; 2005).

## 2.2 A Mama

As mamas são estruturas anexas à pele, com função na produção de leite para os bebês em seus primeiros meses de vida. Nas mulheres são desenvolvidas na fase da puberdade, também crescendo e diferenciando-se nos últimos meses de gravidez e lactação (CARVALHO e TAMEZ, 2005).

Segundo Parker (2007) as mamas contêm glândulas sudoríparas modificadas conhecidas como glândulas mamárias, sendo nas mulheres, maiores e mais desenvolvidas do que nos homens. Nelas, nas mulheres, as células das glândulas secretam leite, que passa ao longo dos ductos lactíferos em direção à papila mamária.

Ciampo (2004) descreveu as mamas como glândulas do tipo misto, alvéolos-tubulares, estendendo-se da terceira à sétima costela, bilateralmente à frente dos músculos peitoral maior e menor. São órgãos em par, quase hemisféricos, sendo sua forma mais arredondada e saliente na metade inferior, apresentando grandes variações decorrentes de fatores como, idade, paridade, estado nutricional, raça e lactação anterior. Normalmente existe assimetria de volume entre os dois lados.

Ao nascimento, cada mama mede entre 8mm a 10mm de diâmetro. Na puberdade, atingem cerca de 10cm de altura e têm cerca de 12cm de diâmetro. Seu peso ao nascimento é de aproximadamente 40cg a 60cg, atingindo entre 150g e 200g na mulher jovem não lactante e podendo aumentar em três ou quatro vezes o seu peso médio durante a gestação e lactação (CIAMPO, 2004).

Santos e Vieira (2010) apresentam uma revisão literária acerca da imagem corporal de mulheres mastectomizadas. Em sua publicação, enfatizam que a mama é uma estrutura física

---

<sup>3</sup> Dados baseados na Revista Brasileira de Cancerologia 2005; 51(3): 227-234.

que possui repercussão emocional na rotina das mulheres, e que perder uma ou duas das mamas, contribui para um conflito emocional onde a sexualidade e a capacidade de sedução é colocada em xeque.

O crido dos autores mostra um estudo onde há relatos de mulheres mastectomizadas que além de se sentirem menos atraentes sexualmente, perceberam a perda do potencial de excitação e de estimulação sexual pela remoção da mama.

A partir da análise feita, a mama enquanto constituição física e emocional mostra-se de fundamental importância no que condiz à feminilidade e autoestima, e a sua remoção pela mastectomia caracteriza o início de um conflito vivenciado por essas mulheres.

### 2.3 O Câncer de Mama

O câncer de mama é o câncer feminino mais comum e uma das principais causas de mortalidade e morbidade feminina no mundo. Seu risco aumenta com a idade duplicando a cada dez anos. Pode ser definida como uma doença degenerativa, resultante do acúmulo de lesões de material genético das células, que induz o crescimento e a reprodução anormal das células metastáticas, gerando em alguns casos, um tumor maligno. O câncer pode ser detectado pelo autoexame das mamas, pela realização da mamografia, ou pela ultrassonografia; e confirmado pela da biópsia da lesão (ORNELLAS, 2000).

As causas do câncer são incertas, mas Parker (2007) e Borges (2010) ressaltam em suas publicações, vários fatores de risco, a citar:

- O excesso de hormônio estrogênio que ocorre principalmente nas mulheres que tiveram ou uma puberdade precoce, ou uma menopausa tardia ou ainda aquelas que não tiveram filhos;
- A idade avançada, já que a maioria dos casos de cânceres ocorre acima dos 50 anos;
- Os antecedentes familiares em primeiro e segundo grau com câncer de mama;
- A pré-disposição hereditária;
- A nuliparidade<sup>4</sup> ou o parto tardio;
- A obesidade;
- O uso de contraceptivo oral ou uso da reposição hormonal;
- Alguns fatores alimentares, dietéticos; e

---

<sup>4</sup> Ausência de parto

- A frequente exposição à radiação.

## 2.4 O Diagnóstico

O momento do diagnóstico é, de acordo com Valle (2002), um tempo de catástrofe, incertezas, sentimentos de angústia vivenciados diante da possibilidade de óbito do doente, sendo que justamente nesse momento ocorre o estabelecimento ou não de uma relação de confiança entre médico e paciente (ROSSI e SANTOS, 2003).

Ribeiro, Costa e Sandoval (2008) referem-se ao diagnóstico do câncer, seja este qual for, como uma prevenção dessa doença. Para os autores a prevenção do câncer é dividida em dois tipos: Primária, quando se busca eliminar os fatores de risco, ou Secundária, quando se refere ao diagnóstico da doença e ao tratamento precoce. Sendo importante enfatizar que lidar com a possibilidade de ser acometido pelo câncer, sempre gera sentimentos de angústia e medo.

Castro (2009) ressalta que o estigma é um elemento presente na percepção da doença no momento em que ela é comunicada ao paciente e seus familiares. Este elemento, que surge geralmente em decorrência do pouco conhecimento das pessoas a respeito da doença e dos processos a serem vivenciados posteriormente, é quem proporciona a compreensão da existência de uma possibilidade de morte iminente. Para o autor, o câncer leva a mulher acometida a confrontar-se com mudanças no seu cotidiano que vão desde alterações corporais às modificações de valores, crenças, e atitudes.

O diagnóstico do câncer é, geralmente, acompanhado por depressão, pelo fato de que a paciente não consegue manter uma atitude de aceitação interior; onde, não podendo negar a doença, só lhe resta reconhecê-la e passar a temer a morte. Neste momento, há um desligamento do cotidiano, perdendo-se toda a noção de realidade e passando a viver “o dia de hoje” sem olhar para o futuro, já que quando se pensa neste futuro, este se apresenta de forma negativa e obscura. (CASTRO, 2009)

Seja promovendo mudanças emocionais ou temporais, a descoberta da doença e a comunicação do diagnóstico suscita o sentimento de medo que repercute não somente em alterações pessoais, mas também em profundas alterações familiares, ou no seio familiar como se refere Valle (2002), que afetam não somente a sua unidade familiar como também o relacionamento de seus membros com outras pessoas.

Ribeiro, Costa e Sandoval (2008) abordam não somente o diagnóstico, mas a importância de um diagnóstico precoce, a fim de tentar evitar o aumento do número de células malignas pelo corpo, e proporcionar assim maiores opções de tratamento e prognóstico de recuperação às pacientes.

O diagnóstico precoce do câncer de mama é um importante fator que ajuda na escolha do tratamento adequado, diminuindo a mortalidade e aumentando a expectativa de vida da paciente. Sendo assim, a conscientização sobre a importância da realização do autoexame da mama constitui o principal fator no rastreamento da doença, seguido pelo exame clínico e do exame de mamografia (BORGES, 2010).

No Brasil, a maior parte dos diagnósticos de câncer de mama é realizada em estágios tumorais avançados, onde se faz necessário o uso de tratamentos radicais (como a mastectomia), contribuindo assim com o aumento da morbidade e a piora da qualidade de vida.

Com vistas ao diagnóstico precoce, duas formas são citadas como principais por Ribeiro, Costa e Sandoval (2008): o autoexame e a mamografia. O primeiro é feito por meio da inspeção e palpação da mama, observando o tamanho, forma, consistência e presença ou não de nódulos mamários e axilares. O segundo trata-se de um exame clínico feito em mulheres geralmente a partir de 40 anos de idade, e consiste numa radiografia da mama que permite a detecção de somente alguns tipos de lesões, já que nem todos os carcinomas absorvem bem os raios-X<sup>5</sup>.

Existe ainda a biópsia, a citopatologia, os exames de sangue, as radiografias, as ultrassonografias, dentre outros, que são considerados exames complementares ao diagnóstico e que devem ser realizados de acordo com orientação médica. (YAMAGUCHI, 2002)

## 2.5 Os Tratamentos

Apesar da existência de muitos métodos utilizados no tratamento dos mais variados tipos de câncer, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia (terapia com hormônios), Yamaguchi (2002) cita a mastectomia com o melhor tratamento que pode anteceder ou preceder a quimioterapia e a radioterapia. Neste último caso, a cirurgia de extirpação do tumor, como coloca a autora, é realizada após a diminuição do mesmo pela

---

<sup>5</sup> Como a mamografia não detecta todos os tipos de nódulos mamários é importante que a mulher, mesmo após os 40 anos de idade, continue a fazer a inspeção manual.

quimioterapia ou radioterapia. Portanto, estes dois tipos de tratamentos são modalidades que podem ser realizadas como tratamentos pré-operatórios, pós-operatórios ou paliativos.

A radioterapia pode ser considerada uma modalidade curativa (no tratamento do tumor) ou paliativa quando visa atenuar a dor e condição de vida de pacientes com tumores incuráveis. A quimioterapia, introduzida por via oral, intramuscular ou endovenosa, é a administração de uma ou mais drogas combinadas com o objetivo de eliminar ou retardar o ciclo de produção das células cancerígenas, o que ajuda a reduzir a progressão do câncer. (CASTRO, 2009).

Normalmente os tratamentos preconizados associam as duas (rádio e quimioterapia) ou mais abordagens, de acordo com as características individuais - psicológicas e clínicas - visando obter a melhor qualidade de vida pós-tratamento ao paciente. Ribeiro, Costa e Sandoval (2008) também falam do tratamento de hormonioterapia que é usado em mulheres com câncer de mama quando a doença encontra-se disseminada e/ou em pacientes sem evidência de doença cancerígena após a cirurgia, sendo os melhores resultados alcançados em pacientes no período pós-menopausa.

Para os autores, o tratamento do câncer de mama vem sofrendo mudanças nas técnicas que estão se tornando menos mutiladoras (quando a gravidade da doença permite) e que proporcionam resultados visuais mais estéticos. Estas mudanças devem-se à busca em diminuir os impactos emocionais, funcionais, sociais e psicológicos sofridos pelas pacientes que tendem a ter uma redução em suas autoestimas.

A técnica mutiladora a que se referem os autores, diz respeito à cirurgia que tem como princípio promover o controle local da doença com a remoção mecânica das células malignas proporcionando um maior tempo de sobrevida ao paciente. A opção pela técnica cirúrgica a ser adotada é basicamente determinada pelo tipo histológico e tamanho do tumor, pelo tamanho da mama, pela experiência e preferência do cirurgião e pela idade da mulher. Como técnicas cirúrgicas, podemos citar as conservadoras chamadas de quadrantectomia<sup>6</sup> e as radicais denominadas mastectomias<sup>7</sup>.

A colocação da prótese de silicone pode ser feita logo após a mastectomia ou após seis meses da mesma. O tempo e a forma de colocação da prótese são determinados pelo médico mediante exames clínicos que confirmem a extração total das células tumorais.

---

<sup>6</sup> Remoção de apenas um quadrante ou segmento da glândula mamária onde está localizado o tumor, retirando pequeno pedaço de tecido normal.

<sup>7</sup> Cirurgia onde há a remoção da glândula mamária, dos músculos peitoral maior e menor, podendo ser retirados ou não os linfonodos axilares, de acordo com a técnica cirúrgica.

## 2.6 Os Aspectos Psicológicos do Adoecer

O câncer de mama é uma das doenças mais temidas pelas mulheres, pois além do trauma físico sofrido através da mastectomia, existe o acometimento emocional e social. O primeiro sendo fundado em medos e sentimentos de inferioridade e vulnerabilidade pela perda desse órgão que representa a feminilidade, o que tende a afetar a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal. O segundo, caracterizado pela mudança dos hábitos e rotinas dessas mulheres que passam a serem “seguidas” pela sensação de perda de domínio sobre a própria vida e pela iminência da morte.

Parkes (1998) realizando um estudo sobre a perda na vida adulta teve um interessante achado ao identificar que pessoas que sofreram amputações físicas apresentavam as mesmas reações de perda e luto que aquelas pessoas que haviam perdido algum ente querido. Os sentimentos de ansiedade, tensão, inquietação, raiva e amargura, foram os mais detectados no estudo.

Sentimentos estes também identificados em pesquisa de Rossi e Santos (2003) sobre as repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento de mulheres acometidas pelo câncer, onde os autores identificaram que as vivências psicológicas variam de acordo com o da doença e tratamento: pré-diagnóstico, diagnóstico, tratamento e pós-tratamento.

- No pré-diagnóstico, quando a mulher suspeita de que algo não vai bem com o próprio corpo, há uma tendência à postergação da consulta médica, visto o medo de ser comprovada a existência da doença. Os primeiros sintomas sugestivos do problema de saúde tendem a ser negados, pois, como dizem os autores, esses sintomas antecipam o estigma associado ao câncer de mama.
- No momento do diagnóstico as reações emocionais mais encontradas são as reações de alarme (choque e impacto ao receber a notícia), a raiva, a culpa e o “vislumbre da morte” que traz consigo sentimentos de tristeza, insegurança, temor relacionado ao futuro e ao desconhecido, acrescidas da perspectiva de conviver com a mutilação e suas repercussões sobre a vida sexual e o relacionamento conjugal, além do receio do desamparo por parte da família e amigos. Mas os autores afirmam que em meios sentimentos negativos, medos e angústias também existem as expectativas de cura e a esperança em relação ao sucesso dos procedimentos terapêuticos que ainda estão por vir, e que acabam por ajudar a manter a autoestima da paciente.

- Durante o tratamento o desconforto emocional tem origem física com a queda dos cabelos e a mudança estética corporal, mas mesmo nesse momento, a possibilidade de cura tende a aparecer com o sentimento de esperança e superação.
- No pós-tratamento, as repercussões psicológicas afetam o plano do relacionamento afetivo-sexual, onde por medo de ser rejeitada e pela vergonha, a paciente tende a evitar o parceiro. Outra dificuldade encontrada é a readaptação à nova vida social que agora possui restrições e limitações físicas, sendo comum aparecer sentimentos de impotência e depressão.

Portanto, o adoecimento não traz apenas reações emocionais quanto às mudanças físicas, mas também às vivências sociais. Mulheres mastectomizadas e estando no período pós-tratamento, possuem certos limites quanto à execução de alguns movimentos corporais como levantar o braço a certa altura, por exemplo. Contudo Venâncio (2004) salienta que mesmo diante da limitação de alguns movimentos, as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais dessas mulheres são provocadas mais por problemas psicológicos do que físicos. O que leva a paciente e seus familiares a viverem “de acordo com a doença”, e a mudarem seus planos de vida.

Supondo que a forma de enfrentar os problemas e limitações trazidos pela doença define o quanto os mesmos influenciam e mudam a rotina e planos da vida social da paciente, é válido citar Venâncio (2004) no que concerne às consequências psicológicas causadas pelo câncer:

“... as reações das pacientes frente à doença, ao tratamento e à reabilitação dependem de características individuais, tais como: história de vida, contexto cultural e social, espiritualidade e opção sexual. Essas individualidades irão influenciar a forma de avaliar a importância da doença e a forma de enfrentá-la.” (VENÂNCIO, 2004)

Vale lembrar que entre os problemas mais comuns estão as mudanças na autoimagem, a baixa autoestima, o medo da dependência, os estigmas, o medo do abandono, o medo da progressão da doença e da recidiva, a raiva, o isolamento, a ansiedade e a depressão. Sendo que estes últimos, a ansiedade e a depressão, tendem a aparecer de acordo com as variáveis demográficas, idade, nível educacional, estágio da doença, temperamento (otimista ou pessimista), respostas ao estresse e estratégias de confrontação com a doença que a mulher possui. (VENÂNCIO, 2004)



Outro fator interessante é que não são somente as mulheres mastectomizadas que vivenciam a baixa da autoestima. O simples fato de estar com câncer e conviver com esta doença repleta de estigmas, por mais que não seja feita a remoção cirúrgica do tumor, já altera a percepção da mulher de si mesma.

Venâncio (2004) confirma esta ideia ao citar a pesquisa desenvolvida por Alagaratnam e Kung que enfatizam a existência de depressão e de dificuldades sexuais tanto nas pacientes com câncer de mama tratadas com mastectomia quanto com as que fizeram cirurgias menos radicais. Comprovando assim que o diagnóstico de uma doença maligna é mais preocupante do que o desfiguramento da mastectomia, visto a forma de interpretação da situação vivida que a pessoa faz.

“Todo homem nasce como muitos homens e morre de forma única.”

*Martin Heidegger (1976-1889)*

### 3 A FENOMENOLOGIA DE MARTIN HEIDEGGER

Embora a dissertação seja fundamentada na filosofia Fenomenológica de uma forma geral (a partir de seus diversos pensadores), quando se fala em Fenomenologia, não há como não citar o filósofo alemão Martin Heidegger, nascido em Messkirch, região de Baden – sul da Alemanha – em 26 de setembro de 1889. Heidegger teve sua formação filosófica na Universidade de Freiburg e foi aluno de Edmund Husserl, criador do método fenomenológico, estudou obras de Nietzsche, que o levaram a questionar-se sobre a orientação da metafísica ocidental. Martin Heidegger é hoje considerado o “pai” da filosofia Fenomenológica Existencial.

Anos mais tarde, na mesma universidade em que se formou Heidegger passou a lecionar aulas sobre “O Conceito de Tempo nas Ciências Históricas” em 1916, e se tornou assistente de Husserl. Em 1927, publicou uma de suas obras mais conhecidas “Ser e Tempo”, e seis anos depois, após substituir Husserl na Universidade de Freiburg, tornou-se reitor da mesma (CASTRO, 2009).

Em meio à Primeira Guerra Mundial, o pensamento heideggeriano surge colocando a questão do Ser como um dos pilares fundamentais da filosofia, e Martin Heidegger passa então a promulgar a Fenomenologia Ontológico-Hermenêutica que, de acordo com Bruns (2003), trata-se de uma metodologia qualitativa de pesquisa cuja finalidade é desvelar o fenômeno que se interroga a fim de compreendê-lo e interpretá-lo – *hemaneuein* “interpretar”.

Fenômeno é entendido como o que se revela o que se mostra em si mesmo e que se pode por à luz, podendo se mostrar de outras formas de acordo com o modo de acesso em si. Existem fenômenos que se manifestam como aquilo que, em si mesmos, não o são, o que Heidegger (2005, I) chama de “*aparecer, parecer e aparência*”.

A manifestação de algum fenômeno pode ser, portanto, a anunciação de algo que não se mostra. Assim como acontece com as doenças físicas e seus sintomas: a doença em si não se mostra, ela se manifesta através de sinais que chamamos de sintomas, ou seja, a manifestação dos sintomas indica que existe algo que não se mostra – a doença em si.

É preciso deixar o fenômeno mostrar-se, e é exatamente neste ponto que a Fenomenologia se faz ciência ao entender que todo questionamento é um procurar ciente, o *ente* naquilo que ele é e como ele é. É deixar mostrar por si mesmo aquilo que se mostra como tal.

Para Heidegger (2005, I) o Ser é visto como o conceito mais universal e o mais vazio porque ao mesmo tempo em que todo mudo o emprega constantemente e o compreende,

resiste-se a toda tentativa de definição. Assim sendo, o filósofo faz uso do termo *Dasein* (ser-aí) trazendo-o como possível desvelação do “ser-em-si-mesmo” a partir da compreensão da existência humana, já que é somente através da solidão, que o homem propicia-se a interrogar-se a si mesmo, colocando-se como centro da questão e, assim, ao refletir sobre ele mesmo, se mostrar e se “des-velar” enquanto Ser.

Pela Fenomenologia de Heidegger, o homem encontra-se no mundo (ser-no-mundo) em derrelição<sup>8</sup> com outros *entes* e objetos (ser-no-mundo-com-os-outros) e é visto como um fenômeno de unidade que deve ser entendido como uma estrutura de realização do Ser, ou mesmo de um “ser-aí”, de possibilidades infinitas, as quais ele vai "escolhendo" realizar enquanto vive, sendo que a possibilidade da morte é a única que lhe é dada como certa (Castro, 2009); e no momento em que se morre ou em que o outro morre, constitui-se um “não-mais” estar “pre-sente” no sentido de “não-mais-ser-no-mundo” (HEIDEGGER, 2005, II)

Há duas formas de existir no mundo: o autêntico e o inautêntico. O ser em inautenticidade é aquele que não se vê enquanto um “ser-para-a-morte”; e o ser que vive em autenticidade, é aquele cuja consciência está voltada para a certeza de que somos “seres-para-a-morte”, e de que esta é a única certeza que possuímos. (CASTRO, 2009)

A morte para Heidegger (2005, II) é um fenômeno da vida (só morre quem é vivo) e que não se desentranha como uma simples perda, mas como uma perda experimentada pelos os que ficam; uma perda “junto”, já que somos “seres-no-mundo-com-os-outros”. Esta, a morte, única certeza de todos os seres, tende a ser mais fortemente vivenciada em pessoas que experienciam o diagnóstico de uma doença degenerativa ou cujo estado de saúde seja classificado pelo médico como terminal.

Outros temas são também abordados em suas publicações; por exemplo, em sua primeira obra, Heidegger (2005, I) abrange as categorias de autenticidade e de inautenticidade do homem, onde a primeira diz respeito ao homem que convive com sua condição enquanto “ser-para-a-morte”, e a segunda, àquele que se distancia de sua condição real enquanto ser mortal.

Em “Ser e Tempo – parte II” (Heidegger, 2005) a angústia ganha referência quando o homem passa a assumir-se numa projeção futura da morte, o que lhe faz resgatar-se de sua

---

<sup>8</sup> O homem é lançado de maneira irrevogável no mundo.

vida cotidiana, indo ao encontro de sua totalidade. Nesse resgate, o homem vê-se e assume-se enquanto “ser-para-a-morte”, sendo esta a possibilidade mais própria de sua “pre-sença”<sup>9</sup>.

Esta “pre-sença” no mundo, que constitui a mundanidade<sup>10</sup> leva o homem a relacionar-se com três esferas da espacialidade existencial que ocorrem simultaneamente: o mundo circundante (com o meio), o mundo das relações (com os outros) e o mundo pessoal (consigo); onde, “*na compreensão do mundo se faz compreendida, então, a própria existência*”. (HEIDEGGER, 2005, II)

Todos esses aspectos são possíveis de ser compreendidos através da verbalização, do discurso, da linguagem deste Ser; pois a linguagem não é apenas um meio do organismo se manifestar, mas é a “morada do ser” ao promover a abertura do Ser à manifestação do pensamento.

Em sua publicação “Psicologia e Fenomenologia”, Bruns (2003) com base na Fenomenologia de Heidegger, relata a existência de três vertentes hermenêuticas: o dizer, o explicar e o traduzir. O sentido de dizer conota o anúncio, a mensagem; o explicar condiz ao “*o que é*”, à racionalização a respeito da fala; e o traduzir, também chamado pelo autor de interpretar, é a vertente que faz do inteligível o ininteligível, o compreensível, que acontece por intermédio da própria língua do tradutor.

A compreensão é a forma de conhecimento que o homem possui do mundo e a linguagem é o meio pelo qual ele questiona e descobre esse mundo, abrindo-se a um horizonte de possibilidades. No percurso da análise, de acordo com a Fenomenologia Existencial, o pesquisador assume o lugar de mensageiro do discurso do sujeito, num processo mútuo de corresponder e “des-prender”, onde a fala se desprende enquanto escuta. (CASTRO, 2009)

Na pesquisa, o pesquisador participando e cuidando do acontecer do participante, através da compreensão, possibilita o reconhecimento do sentido verbalizado pelo outro. E como ressalta Castro (2009), “*Entrega-se o ‘ser-aí’ às suas possibilidades, ao mesmo tempo em que se entrega o homem ao mundo, constituindo-se num ‘estar-lançado’*”.

A pesquisa sob perspectiva Fenomenológica Existencial não se retrata em termos de realidade, mas sim de possibilidades. O processo de análise foi construído no decorrer do desenvolvimento da pesquisa não por caminhos preestabelecidos, mas sim, por caminhos que desvelaram-se naturalmente no decorrer das entrevistas fenomenológicas.

---

<sup>9</sup> O homem não existe por causa do mundo ou o mundo por sua causa, mas já se encontra num mundo, como parte existencial de sua existência.

<sup>10</sup> Estrutura de um momento constitutivo do “ser-no-mundo” que representa o conjunto de relações significativas dentro do qual a pessoa existe

“Ser uma consciência, ou, antes, ser uma experiência, é comunicar interiormente com o mundo, com o corpo e com os outros, ser com eles em lugar de estar ao lado deles.”

*Merleau-Ponty (1909-1961)*

#### 4 A FENOMENOLOGIA DE MERLEAU-PONTY

Maurice Merleau-Ponty, fenomenólogo francês, nascido em Paris (1909) graduou-se em filosofia em 1931 sendo nomeado professor de filosofia da Universidade de Lyon em 1945. De 1945 a 1952 atuou como coeditor com Jean-Paul Sartre da revista “*Les Temps Modernes*”. Suas obras mais importantes possuíram um crio psicológico: “*La Structure du comportement*” (1942) e “*Phénoménologie de la perception*” (1945). Em 1947 Merleau-Ponty publicou alguns ensaios marxistas entitulado “*Humanisme et terreur*” em defesa ao comunismo soviético e investindo contra o que considerava "hipocrisia ocidental", fato que o levou a romper com Sartre, já que este apoiava os comunistas da Coreia do Norte. O Filósofo faleceu em 1961, vítima de embolia. (MERLEAU-PONTY, 1999)

A fenomenologia enquanto vista como ciência e/ou filosofia, pode ser definida como o estudo das essências (essência da percepção e essência da consciência) e de todos os problemas; e como disciplina que repõe as essências na existência, compreendendo o homem e o mundo a partir de sua facticidade.

Esta, sendo acessível somente por um método fenomenológico não tem a função de explicar ou analisar, mas sim de descrever. É uma tentativa de descrição direta da experiência vivenciada pelo Ser tal como ela é, sem nenhuma deferência à gênese psicológica ou explicações fornecidas pelo cientista, historiador ou sociólogo. Segundo palavras do autor: “*a fenomenologia se deixa praticar e reconhecer como maneira ou como estilo; ela existe como movimento antes de ter chegado a uma inteira consciência filosófica*”. (MERLEAU-PONTY, 1999)

Para Merleau-Ponty (2002) o objeto da ciência dos seres vivos é a apreensão daquilo que os torna vivos. O autor baseia-se na teoria da “*Gestalt*” (forma), partindo da premissa que esta, permitindo interpretar a forma como uma estrutura, facilita a compreensão fenomenológica do ser vivo “*enquanto união dialética e indecomponível da alma e do corpo*”, porquanto nenhuma lei pode ser formulada tomando as partes isoladamente de um todo, visto que para a “*Gestalt*” cada vetor é determinado em grandeza e direção, por todos os outros vetores.

O conhecimento do fenômeno é gerado em torno do próprio fenômeno, pois quando o Ser se encontra com algum objeto que se apresenta diante de sua consciência: primeiro ele

nota e percebe esse objeto em harmonia com a sua forma (consciência perceptiva), para depois o objeto entrar em sua consciência e passar a ser um fenômeno.<sup>11</sup>

Para se chegar ao verdadeiro entendimento do fenômeno, Merleau-Ponty (2002) afirma é preciso “olhar” o vivido como os surdos olham e falam, pois é nessa mudez que a percepção se encontra expressiva, que é possível ver e sentir coisas que nunca havíamos nos atentado. É quando se cala que se ouve a verdadeira voz (voz interior) é que é possível abrir a língua a seus sons e a mão à sua escrita, revelando a verdadeira quietude da percepção.

Tudo aquilo que o Ser sabe do mundo, mesmo por ciência, o sabe a partir de uma visão própria, de sua percepção. Esta que não é um ato ou uma ciência do mundo, mas o fundo sobre o qual os atos se destacam, pois para a Fenomenologia de Merleau-Ponty (1999), o mundo é o meio natural e o campo de todos os pensamentos e percepções do Ser, não existindo um “homem interior”, já que o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece.

O mundo é aquilo que projetamos que representamos e que sentimos através dos cinco sentidos corporais (visão, tato, paladar, olfato e audição); onde através destes, aliados a uma análise reflexiva que faz surgir o primeiro lampejo de consciência<sup>12</sup>, é possível chegar à percepção, ao entendimento do fenômeno, onde os Seres tornam-se capazes de perceberem-se enquanto “seres-no-mundo-para-a-morte”. (MERLEAU-PONTY, 1999)

De acordo com o autor supracitado, o Ser enquanto corpo é considerado como sujeito da percepção que brota do seu interior e não do exterior, habita um espaço no mundo e o vive de forma livre dentro de uma temporalidade; temas que serão explanados a seguir.

#### 4.1 O Corpo

Na fenomenologia de Merleau-Ponty o sujeito da percepção do Ser é o próprio corpo. Esta percepção que, como falado anteriormente, brota do interior e não do exterior do sujeito, caracteriza uma transição de uma atitude natural para uma transcendental, onde o corpo e a história do Ser são compreendidos como resultados de suas relações com o mundo objetivo. Ou seja, os fenômenos são entendidos ou percebidos quando o Ser, engajado em seu corpo e

---

<sup>11</sup> A fim de percebê-lo, o Ser intui algo sobre este objeto, imaginando-o em toda sua plenitude e descrevendo-o da forma que ele realmente é. Dessa forma, Para Merleau-Ponty, o ser humano é o centro da discussão sobre o conhecimento. O conhecimento nasce e faz-se sensível em sua corporeidade.

<sup>12</sup> Mediando o processo entre sensação e percepção, o juízo surge como julgamento àquilo que falta ao Ser, tornado plausível a análise reflexiva.



no mundo com o qual ele encontra-se, volta sua atenção para dentro de si e passa a analisar e refletir o fenômeno vivenciado. (CARDIM, 2007)

Enquanto “ser-no-mundo-para-a-morte” o corpo humano existe entre o vidente e o visível, entre o tocante e o tocado, entre um olho e o outro, que acende “*a faísca do senciente-sensível*” que não cessa de queimar até que um acidente com o corpo físico desfça o que nenhum acidente teria sido suficiente para fazer até então. (MERLEAU-PONTY, 2002)

Mas enquanto o corpo físico não se desfaz, durante sua vivência enquanto “ser-no-mundo” o sujeito que habita este mundo, muitas vezes passa por facticidades consideradas “semi-mortes”, como por exemplo, a perda de algum membro ou parte do seu corpo. Sobre este assunto e com base na Fenomenologia de Merleau-Ponty, Cardim (2007) enfatiza que para descrever e compreender a situação vivenciada e o Ser que a vivencia, é necessário unir os conhecimentos científicos da fisiologia (ligações neurológicas e soma de reflexos) e da psicologia (atos da consciência e pessoal do doente, suas recordações, emoções ou vontades).

Nestas situações há o embate entre o corpo atual (onde a capacidade de movimentar-se se limita mediante perda corporal) e o corpo habitual (onde o sujeito ainda está acostumado ao seu antigo formato corporal e antiga mobilidade), que podem despertar nesse sujeito a sensação de não estar mais vivendo no “ritmo do mundo”.

Porém, uma capacidade de adaptação surge através do que o autor chama de hábito; este, que é tomado pela Fenomenologia como um esquema corporal responsável pela conformação da expressão dada ao gesto corporal que possibilita a mudança da forma de existir do “ser-no-mundo”, anexando a este, novos instrumentos, capacidades ou formas de existir.

Nas palavras de Cardim (2007), o hábito é um mediador do corpo no mundo, e somente é possível dizer que “*o corpo compreendeu*” ou que “*um hábito foi adquirido*” quando o corpo primeiro se deixa assimilar a um novo núcleo de significação motora, e segundo, a nova significação psicológica.

## **4.2 O Espaço e o Tempo**

Certo de que vivemos no mundo e que nele ocupamos um espaço, Cardim (2007) aponta que a própria existência do “ser-no-mundo” é espacial, pois a coexistência do corpo com o mundo maximiza a experiência do sujeito e faz surgir uma direção a ser seguida. A

vivência dessa direção pode se dar em dois caminhos: no espaço vivido (meio pelo qual a posição das coisas se torna possível e plausível) ou no espaço antropológico que abrange as formas extremas ou aberrantes, como coloca o autor, da vida ou da consciência, como a loucura, o mito ou o sonho.

Dentro desse espaço vivido e habitado há a cronicidade, o tempo. Este que pode ser mensurado de duas formas: o tempo físico e o psicológico, onde o primeiro diz respeito ao que é possível ser medido pelo cronômetro, e o segundo, àquele que é avesso a qualquer medida, sendo conhecido como o “tempo conscienciológico” e que não pode ser confundido com nenhum ponto do tempo objetivo, pois se mostra como próprio de cada sujeito ao viver suas experiências no mundo. (CARDIM, 2007)

Para Merleau-Ponty (1999) o tempo deve ser remetido a um sujeito que não está fora do tempo. Cada momento do tempo antecipa outro momento sendo “*que pelo tempo constituinte dá-se o tempo constituído*”, onde o primeiro designa a transição de um momento temporal ao outro, e o segundo, às multiplicidades sucessivas. Para o autor, se o Ser entende que o mundo em si é o “horizonte do seu presente”, e que o passado, o presente e a posteridade estão ligados no movimento de temporalização, a temporalidade torna-se então a chave do conceito de expressão e compreensão deste “ser-no-mundo-temporal”.

Cardim (2007), com base na fenomenologia de Merleau-Ponty descreve a temporalidade não como uma linha, mas enquanto uma rede de intencionalidades, onde a síntese do tempo não é feita pela consciência como num “passado-presente-futuro”, mas sim como um “agora-sucessão”. A passagem do tempo, operada pelo próprio Ser, deve ser compreendida como um fluxo onde os momentos não são sucessivos, mas diferenciados.

A interposição da temporalidade é entendida pela Fenomenologia não como um movimento retrógrado bidirecional onde o surgimento de um presente evoca a compreensão de um passado que desperta um futuro; mas sim como um movimento único onde um novo presente se torna a passagem a um futuro, o “agora-sucessão”.

### **4.3 A Liberdade**

A liberdade de acordo com Cardim (2007) consiste em um movimento do Ser para o mundo e em um movimento do mundo para o Ser, onde o mundo motiva a ação do Ser e não determina ou anula a sua liberdade.

Merleau-Ponty (2002) ao expor que a liberdade se faz por motivação em um campo de presença onde a dimensão “aqui-ali” estabelece uma relação de motivação recíproca enfatiza que viver no mundo naturalmente leva o Ser a ter que enfrentar algumas adversidades, e que a motivação é o principal determinante do tipo de engajamento que este Ser irá aderir na vivência dessas adversidades ou facticidades.

Para o autor, existem dois tipos de engajamentos, o “engajamento de fato” e o “engajamento no sentido ativo”. O engajamento de fato surge quando o Ser se descobre responsável por inúmeráveis coisas que não fez, mas que se retoma por sua conta ao viver. E o no sentido ativo, quando este Ser, em resposta a um tipo de “armadilha original”, escolhe apagar seus comprometimentos natais, e a recomeçar sua história enquanto um “novo-ser-no-mundo”.

## **5 OBJETIVO GERAL**

Compreender a vivência do diagnóstico, cirurgia e pós-tratamento em mulheres mastectomizadas participantes de um grupo de apoio.

“O GAMMA soma a alegria, divide as dores e multiplica as conquistas.”

*Buganvília* (participante da pesquisa)

## 6 A PESQUISA

### 6.1 O Método Fenomenológico na Pesquisa com Base Psicológica

A Psicologia tem seu marco enquanto ciência a partir da criação do seu primeiro laboratório, e desde então, em seu processo de desenvolvimento, tem enveredado por vários caminhos numa busca por cientificidade e reconhecimento de sua produção.

Neste percurso, surgiu a Pesquisa Psicológica com Base Fenomenológica, onde vários conceitos foram e são trazidos da ciência da Fenomenologia para a pesquisa. Esta, a Fenomenologia, que é para Husserl, a disciplina que fundamenta a lógica através da descrição do vivido e dos atos intencionais da consciência, revelando o que há de essencial na percepção, na recordação, na imaginação no vivido. (CASTRO, 2009)

Para Amatuzzi e Holanda (2003) a Fenomenologia é um “*método de acesso à realidade concreta do mundo*”, e sua pesquisa, a fenomenológica, uma pesquisa de natureza que pretende dar conta do que acontece através do clareamento do fenômeno.

Na pesquisa de base fenomenológica que esta dissertação retrata, a captação da experiência tal como vivida, se deu através do ouvir a fala das participantes voluntárias pela entrevista fenomenológica, tomado-as nas suas intencionalidades próprias, não pelo que elas revelam, mas pelo que são; aquilo que as voluntárias pretendiam efetivamente dizer. Após este momento, foi feita a convergência das unidades de significado apreendidas dessas falas, sendo possível então, chegar à revelação do fenômeno e à sua compreensão.

Com base em Espíndula e Valle (2002) o “ver” esta experiência que se revela pela fala do outro, necessita, por parte do pesquisador, chamado de inquiridor fenomenológico, um olhar cuidadoso dirigido aos fenômenos de maneira aberta e em sua forma pura a fim de quaisquer preconceitos, teorias ou explicações *a priori*.

Em acordo com Neves e Carvalho (1990), a realidade na visão fenomenológica não é somente este mundo de matéria de atos objetivos e concretos que habitamos, além dele, há um sujeito, uma pessoa que dá sentido às ações e aos objetos deste mundo. Ou seja, a visão fenomenológica é um ver e observar que compreende a captação da maneira como o próprio sujeito vivencia o mundo. Este, sob o enfoque fenomenológico existe em três aspectos destacados por Forghieri (2004): o circundante, o humano e o próprio.

O mundo circundante refere-se ao relacionamento do sujeito com o ambiente, abrangendo os objetos, as plantas, os animais, as estações da natureza, etc.; sendo os órgãos

dos sentidos as estruturas corporais<sup>13</sup> que possibilitam o contato da pessoa com o que a circunda.

O mundo humano diz respeito ao encontro e convivência que o sujeito tem com os seus semelhantes e o mundo próprio, ao contato que ele tem consigo mesmo; ou como diz Forghieri (2004), no seu “ser-si-mesmo”, na consciência de si e no autoconhecimento.

Entendendo que existe em nossas experiências cotidianas, ao longo de toda a nossa vida, uma familiaridade imediata e pré-reflexiva como fala Forghieri (2004) que não provém daquilo que a ciência nos ensina, é fácil compreender a pesquisa fenomenológica como um método que possui o objetivo de descrever os fenômenos buscando a sua essência nas descrições faladas das experiências vividas.

Castro (2009) salienta esse método fazendo uma referência ao ato de compreender, onde somente através da compreensão do que o outro realmente quer nos dizer, é possível chegar à essência do próprio conhecimento, desvelando as verdades.

## **6.2 Os Primeiros Passos**

Concretizados os trâmites necessários à realização da pesquisa, como a autorização do comitê de ética, foi feito o primeiro contato com o Grupo de Apoio às Mulheres Mastectomizadas da Amazônia– GAMMA, sob aceite de sua presidente.

O grupo atua na Fundação Centro de Controle de Oncologia do Estado do Amazonas – FCECON, hospital que atende não somente pacientes portares de câncer de mama, mas sim pacientes com diferenciados tipos de cânceres.

No dia 30 de setembro de 2011, dia de minha apresentação ao grupo GAMMA como pesquisadora, o mesmo, estava organizando um evento em comemoração ao mês conhecido como “Outubro Rosa”, que é dedicado exclusivamente ao Câncer de Mama, e onde o grupo GAMMA e as mídias locais realizam campanhas de informação, prevenção e cuidados ao câncer.

Havia cerca de quinhentas pessoas na comemoração, entre elas pacientes e funcionários do hospital. Foi realizada uma benção por um pastor e entoados vários cânticos

---

<sup>13</sup> Na Fenomenologia, o corpo humano é visto como unificado e unificador nas relações do sujeito com o mundo que o circunda, pois ele (o corpo) unifica as sensações e as percepções que o sujeito tem de si e do mundo. (FORGHIERI, 2004-p.29)

religiosos. Após isso, a presidente do grupo, passou a palavra a uma médica do próprio hospital que discursou sobre as formas de se prevenir, detectar e tratar o câncer de mama.

Depois da palestra, a presidente, assistida pelas integrantes do grupo GAMMA, distribuíram perucas e enchimentos de sutiã produzidos por elas mesmas aos pacientes em tratamento no hospital.

Finalizado os “comes e bebes” comemorativos, reuni-me com a presidente e integrantes do grupo GAMMA e fui apresentada. Sendo muito bem recebida, falei sobre o objetivo de minha pesquisa. O grupo possuía cerca de vinte e cinco integrantes de idades variantes de 38 a 65 anos e moradoras de diferentes bairros da cidade.

Logo que as apresentações foram finalizadas, já existiam dez mulheres que voluntariamente se dispuseram a participar da pesquisa. O próximo passo, de acordo com solicitação das mesmas, foi marcar as datas nas quais as entrevistas seriam realizadas, visto que não era toda semana que elas encontravam-se no hospital.

### **6.3 O Grupo de Apoio e Suas Atividades**

Chamados por Zimerman (1993) como grupos de mútua-ajuda, os grupos de apoio são compostos por pessoas portadoras de uma mesma categoria de necessidade e tem como finalidade destruir mitos, quebrar resistência quanto à prevenção e o tratamento e afastar o medo da doença.

Melo (2000) define algumas características dos grupos de ajuda: compartilhar informações, universalidade de conflitos, altruísmo, comportamento identificativos, aprendizagem interpessoal, coesão grupal e catarse.

Em uma participação num grupo de apoio, a paciente, além de receber suporte de pessoas do próprio grupo que vivenciam situação semelhante à sua, também expõe suas experiências às outras, demonstrando que a convivência em grupo contribui para o crescimento de todos.

Gomes (2003) atribui ao grupo de apoio a função de enfrentamento, onde as experiências compartilhadas levam as pessoas a adquirirem maior habilidade para enfrentar problemas relacionados ao câncer, atuais ou mesmo futuros; além de suporte emocional frente ao estresse e medo vivenciados.

Outra função dada ao grupo é o apoio psicossocial, que proporciona ajuda aos seus integrantes em relação a sentimentos negativos que possam aparecer mediante a vivência da



doença, além de estimular o desenvolvimento de novas maneiras de lidar com o câncer de mama, ampliando a rede de suporte social e reduzindo o impacto emocional causado pelo mesmo, o seu tratamento e suas complicações; aumentando, desta forma, a autoestima dessas mulheres.

No Amazonas, a FCECON, apoia alguns grupos como a Liga de Apoio Amazonense Contra o Câncer – LACC, o Grupo de apoio à Crianças com Câncer – GACC, e o próprio GAMMA<sup>14</sup>.

Oficialmente as atividades do GAMMA na FCECON iniciaram-se no mês de outubro de 2011, na cidade de Manaus com a campanha “Outubro Rosa”. Até então o grupo existia informalmente, sem reconhecimento jurídico desde o ano de 2009, e não foi possível colher junto a presidente a quantidade de pessoas (homens e mulheres) com câncer de mama que passaram pelas reuniões do mesmo<sup>15</sup>.

O Outubro Rosa foi criado em 1997, nas cidades de Yuba e Lodi, na Califórnia (EUA), e se caracteriza por colorir de rosa os ambientes de acesso público. Tradicionalmente, o evento tem sido marcado pela iluminação de prédios e monumentos.

Na capital do Amazonas, a campanha aderiu às cores rosa e verde – o rosa como representante do movimento e o verde como representante da floresta e da “esperança pela cura” que receberam destaques na distribuição de fitas e na iluminação de alguns monumentos históricos em Manaus. Além destes gestos, foram realizadas caminhadas e palestras em diversos locais da cidade com o objetivo de “*orientar e educar as pessoas sobre o câncer e o preconceito sofrido de quem tem a doença*” (Presidente do GAMMA em entrevista à pesquisadora).

A comitiva do GAMMA é composta por cerca de treze mulheres que organizam os eventos de arrecadação de dinheiro, as palestras educativas, e as reuniões semanais que acontecem todas as sextas-feiras. Uma forma de arrecadar dinheiro que ajuda na confecção de perucas e enchimentos de sutiã é o brechó realizado nas segundas e quartas no FCECON com venda de artefatos produzidos pelas próprias integrantes.

Durante toda a semana, a presidente e as integrantes do grupo caminham pelo o hospital recepcionando os pacientes recém-chegados e aqueles que continuam em tratamento, convidando-os para as reuniões nas sextas-feiras. As reuniões se dão na própria FCECON e na última sexta-feira de cada mês acontece na recepção central do hospital, distribuição de perucas e enchimentos como falados anteriormente.

---

<sup>14</sup> Blog de acesso: “<http://www.gammaamazonia.blogspot.com>”.

<sup>15</sup> O GAMMA é um grupo sem fins lucrativos e existe a partir de doações das próprias integrantes e de terceiros.

Com finalidade descritiva enumero algumas atividades realizadas pelo GAMMA:

- Acolhimento individual realizado pela presidente e integrantes aos pacientes recém-chegados à Fundação sobre os procedimentos burocráticos que devem tomar para os atendimentos – preenchimento de fichas, localização de espaços a serem frequentados;
- Orientação individual aos pacientes quanto às exigências de medicamentos, quando estes não lhes são entregues – elaboração de cartas que são encaminhadas à administração explicando o que está acontecendo;
- Reivindicação junto à diretora sobre as condições de conforto, atendimento e higiene local, que a Fundação oferece;
- Reuniões explicativas e de apoio às mulheres mastectomizadas. Algumas raras vezes aparecem homens com câncer de mama e pessoas de ambos os sexos com outros tipos de câncer que também são acolhidos no momento em que apresentam desespero ao se descobrirem doentes, e em seguida são encaminhados a outros grupos que também existem no hospital;
- Venda variada de roupas e utensílios pessoais (brechó) com fins de arrecadamento a serem usados nos eventos do grupo.

O GAMMA ainda organiza passeatas com suas integrantes e comemoram os dias festivos como o natal, ano novo, dia das mulheres, páscoa entre outros, onde entregam presentes a alguns pacientes da Fundação e distribuem perucas e enchimento de sutiã para as mulheres mastectomizadas.

Na última sexta-feira de cada mês, o grupo realiza a festa dos aniversariantes do mês, onde o paciente que aniversariou no respectivo mês e que se encontra participando da reunião (seja ele acometido por qualquer tipo de câncer), recebe um presente de aniversário patrocinado pelo próprio grupo e pelas doações que o mesmo recebe. Ao final de cada festejo há a distribuição de bolo, pães e refrigerantes; além de folders explicativos sobre o câncer de mama, as perucas e os enchimentos. Na existência de cestas básicas, as mesmas são entregues àqueles que, de acordo com o conhecimento do grupo, possuem as menores rendas financeiras.

#### **6.4 As Entrevistas**

As entrevistas aconteceram entre 16 de dezembro de 2011 e 13 de janeiro de 2012, com hora e data marcada para cada voluntária e foram realizadas em uma sala do próprio

hospital. O tempo de entrevista variou de cinquenta minutos a duas horas e foi observado o contexto de escuta ao outro, característica da Entrevista Fenomenológica.

As entrevistas ocorreram com dez mulheres mastectomizadas por cirurgia radical ou quadrantectomia. no início de cada entrevista (individual) que foi gravada e posteriormente digitalizada, identificava a mim e a pesquisa a cada participante, e conjuntamente líamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A mesma, estando de acordo, assinava o termo, obtinha uma cópia do mesmo, e então iniciávamos a entrevista fenomenológica propriamente dita.

Inicialmente, com fins de não identificá-las, solicitava que escolhessem uma flor para, a partir daquele momento, serem chamadas dessa forma. Os nomes de algumas flores se repetiram; então, como tentativa de não iniciar contrariando ou possivelmente inibindo a escolha das participantes, pedi para darem uma cor à flor, ou eu mesma classifiquei com algarismos romanos as flores com nomes repetidos, na ordem em que foram aparecendo nas entrevistas.

A pergunta inicial se dava em torno da seguinte colocação: *"Gostaria que a Sra descrevesse para mim como foi vivenciar o diagnóstico, a cirurgia e a entrada no GAMMA. O que a Sra pensa sobre tudo isso?"*. Partir dessa questão norteadora, as entrevistas foram desenvolvendo-se e apresentando desdobramentos, que serviram como base para a posterior análise.

A seguir é tabelado o nome fictício de cada participante, conforme anteriormente explicado, identificando alguns dados para que haja uma melhor visão de como foi composto o campo de pesquisa:

Tabela 1 – Participantes da Pesquisa

NOME	IDADE	ESTADO CIVIL	TIPO DE CIRURGIA	REALIZADA A
Rosa	42	Casada	Radical	01 ano e 03 meses
Orquídea I	48	Divorciada	Radical	01 ano
Lírio	65	Divorciada	Radical	01 ano e 11 meses
Rosa sem espinho	38	Divorciada	Radical	01 ano e 03 meses
Buganvília	57	Casada	Radical	11 anos
Jasmim	53	Divorciada	Radical	04 anos e 06 meses
Vitória Régia	49	Viúva	1ª cirurgia: Radical 2ª cirurgia: Radical	1ª cirurgia: 03 anos 2ª cirurgia: 03 meses

Pé de rosa	52	Viúva	Radical	01 ano
Rosa vermelha	58	Solteira	Quadrantectomia	02 anos e 04 meses
Orquídea II	56	Divorciada	Radical	03 anos

## 6.5 Compreensão e Construção dos Resultados

A partir das orientações de Martins e Bicudo (2005), a análise dos dados obtidos em entrevista, deu-se em vários momentos:

- Transcrição das entrevistas de forma íntegra e literal;
- Leitura de cada entrevista do princípio ao fim no objetivo de compreender a linguagem do participante e conseqüente visão do todo, ou seja, neste momento não se buscou qualquer interpretação do que foi exposto e sem tentativa de identificação de quaisquer atributos ou elementos ali contidos;
- Releitura atenta de cada entrevista, quantas vezes foram necessárias, com a finalidade de discriminação de Unidades de Significados<sup>16</sup> dentro da perspectiva do pesquisador;
- Diante das afirmações consideradas significativas nas entrevistas, houve uma postura reflexiva e imaginativa, com vistas a buscar o *insight* psicológico nelas contido (o real significado da fala);
- Foram sintetizadas e convergidas todas as unidades de significado numa busca de uma afirmação sobre a experiência dos participantes, de forma a constituir as categorias temáticas (Categorias de Análise) que expressam os sentimentos e sensações das entrevistadas sobre a situação vivida.

---

<sup>16</sup> Termos expressos por sentimentos, ações e outros que tenderam a se repetir em diversas entrevistas e que se mostraram também com certo destaque na explicação da situação vivida.

“Eu gosto muito do grupo, porque aqui eu encontrei verdadeiros amigos, né? Eu passo minha experiência pras outras, e recebo as ‘dela’, né?”

*Rosa Vermelha* (participante da pesquisa)

## 7 ANÁLISE DOS DADOS

Após a análise individual de cada transcrição, a identificação das Unidades de Significados na busca de apreender o fenômeno em toda a sua complexidade, busquei pontos de convergência que permitiram a construção das Categorias de Análise.

No total foram identificadas quatro grandes categorias, as quais, juntamente às subcategorias, estão explanadas a seguir:

### **Categoria I: A comunicação do diagnóstico de câncer: a facticidade a ser vivenciada**

- Surpresa, impacto, dor e desespero: a expressão de sentimentos diante do diagnóstico;
- O diagnóstico revela a possibilidade de perda da mama: momento de angústia e pesar;
- A vivência do obscuro: a preocupação, o medo do futuro e da morte;
- A não aceitação do diagnóstico: um mergulho na inautenticidade.

### **Categoria II: Fato inevitável: Mastectomização**

- A dificuldade em falar no assunto;
- Diante do limite de “ser-humano”;
- O momento do olhar: a dificuldade em ver-se;
- O outro eu: ser diferente de mim ou quando a alma chora;
- Diante da morte, do sofrimento do outro;

### **Categoria III: Estratégias de superação: “con-vivendo” com a perda**

- Vivenciando a facticidade;
- A religiosidade como enfrentamento;
- A importância do apoio:
  - Familiar,
  - Profissional,
  - Grupo social: GAMMA,
  - Grupo social: amigos e sociedade;
- Quando falta o apoio: a solidão e a mágoa;
- Indo além de si: a vivência da solidariedade com o outro;
- Na busca de “re-existir”: contradições e emoções;
- O “ser-doente” X o “ser-culpado”;

- Quando o outro invade o “ser-eu”: crenças e fantasias;
- O olhar do outro: o preconceito.

#### **Categoria IV: Despeitada: contudo, seguindo em frente: a vivência da temporalidade**

- Entendendo a vivência: uma reflexão sobre a autoexistência;
- Agora sim: o novo “ser-eu”.

### **7.1 Categorias de Análise:**

#### **7.1.1 Categoria I: A COMUNICAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER: A FACTICIDADE A SER VIVENCIADA**

O momento da comunicação do diagnóstico de câncer na mama reveste-se de uma série de sentimentos que caracterizam a dimensão dessa experiência e que abrangem não somente o momento presente, mas também os questionamentos sobre o futuro.

Essas mulheres se veem à frente de um quadro nosológico de difícil compreensão e aceitação, e que surge em suas vidas com uma abrupticidade ímpar impelindo-as a uma série de reações, caracterizadas a seguir pelas seguintes subcategorias:

##### **7.1.1.1 Surpresa, Impacto, Dor e Desespero: a Expressão de Sentimentos Diante do Diagnóstico**

Diante da notícia de que é portadora de um câncer na mama, cada uma dessas mulheres expressa esse momento tão difícil em suas vidas como uma situação em que está presente o medo e a dor pela possibilidade da perda da mama. Uma situação de difícil enfrentamento que, através do choro, é visto como um veredicto de morte.

Percebe-se que esse momento é vivenciado com uma dor incomensurável e de externalização de sentimentos tão grandiosos e difíceis de serem expressos verbalmente, que elas tendem a utilizar expressões pessoais para caracterizar o momento vivido conforme é verificado nos excertos de discursos a seguir:

“Mas quando eu recebi a notícia do médico de que eu estava com Câncer [...] Eu desci um pouquinho, mas aí eu [...] Eu voltei ao normal.” ROSA

“Aí ela falou [choro] Aí eu peguei [choro] “Não [...] não cai uma folha que Deus não permita”. Não é verdade?” LÍRIO

“Ela (*a médica*) também não fez rodeio né? Foi falando logo e eu [...] E eu caí no desespero porque eu tava [...]” ROSA SEM ESPINHO

“Aí duas lágrimas rolaram dos meu ‘zóio’ [lacrimando] É de doer a alma.” BUGANVÍLIA

“Foi [...] Foi um impacto. Foi como se o tempo parasse.” VITÓRIA RÉGIA

“O médico me chamou falou que eu tava com câncer de mama, aí eu [...] Fiquei assim, né? Queira chorar, e fiquei nervosa.” PÉ DE ROSA

“Mana, eu fiquei um pouco depressiva, muito depressiva, não aguentava [...] Me sentia mal. Chorava, chorava.” ROSA VERMELHA

### **7.1.1.2 O Diagnóstico Revela a Possibilidade de Perda da Mama: Momento de Angústia e Pesar**

Um dos aspectos relacionados ao diagnóstico do câncer de mama diz respeito à remoção cirúrgica desta estrutura. O momento da comunicação traz em seu bojo essa certeza e isto parece resultar em angústia e pesar frente ao fato de que poderão ficar mutiladas.

A lembrança desse momento é traduzida, ainda hoje, sob a forma da emoção:

“Assim eu [...] Eu [...] Vou ficar sem a mama, vou perder a mama [...] Aí eu pensei assim [...] Vou ficar aleijada de um lado, mas depois eu, eu consegui superar isso.” ROSA

“É uma sensação muito [...] Muito [...] É triste sim. É triste. Não vou falar que é fácil.” VITÓRIA RÉGIA

“Eu tava ciente que ia cair, mas a gente fica desesperada, a gente tem medo. Eu chorava, chorava, chorava [...] Fiquei muito triste, chorei muito.” ROSA VERMELHA



### 7.1.1.3 A Vivência do Obscuro: a Preocupação, o Medo do Futuro e da Morte

Viver o câncer compreende passar por questionamentos que trazem consigo sentimentos de medo e assombro diante do incerto, do futuro. Sentimentos que não existem somente no momento do diagnóstico, mas que também perpassam por cada fase do tratamento.

Muitos são os receios que envolvem estas mulheres, desde a preocupação estética corporal por faltar uma parte de si, passando pela possibilidade da recidiva da doença – o que as leva muitas vezes a não recorrer ao implante de mama – e chegando ao medo em não conseguir voltar a ter uma vida saudável onde seria possível voltar a realizar os afazeres domésticos e trabalhistas, assegurando os cuidados maternos e sociais aos filhos.

Estas e outras inseguranças podem ser compreendidas a partir das falas a seguir:

“Tenho medo do Câncer voltar [...] Sei lá. Sei lá.” [quando questionada sobre qual seria seu maior medo] LIRIO

Qual era o seu maior medo? (*pesquisadora*): “Era eu... Eu ficar sem minha mama [...] Eu imaginava assim [...] Como que eu ia sair na rua?” ROSA SEM ESPINHO

“Eu descobri que era uma coisa, uma coisa, uma tarefa difícil que eu ia, que eu ia encontrar pela frente [...] A gente tenta analisar como é que vai ser o depois, né? Eu ficava me perguntando se eu ia ficar com saúde como eu tava [...] Como é que eu ia fazer pra botar a blusa, como é que eu ia ficar [...] Eu posso dizer que foi uma tortura. Eu ficava me perguntando se eu ia ficar com saúde como eu tava. Se eu ia continuar com a mesma saúde sem as duas mamas. Se eu ia poder lavar, varrer, cortar [...] Foi difícil de imaginar sem uma [...] sem nada [...] lisa!” VITÓRIA RÉGIA

“Me dá ‘gelamento’ [...] E eu só penso neles (*nos filhos*). Mas[...] que eu vou aguentar. Tenho quatro pra criar pequenos.” [em referência ao sentimento de não poder trabalhar e não ter como sustentar financeiramente a família] PÉ DE ROSA

“Foi uma experiência horrível porque eu achei assim, quando a gente fala em Cecon, falava, achei que ia morrer [...] Ah, eu pensava ‘ele (*o médico*) me operou, mas eu vou morrer’ [...] O momento mais difícil que eu vivi, foi quando eu fui fazer a química. Na primeira sessão da química, as pessoas falavam muito que [...] Que quem tomava aquela química, que morria [...] Então, de vez em quando passa isso na minha

cabeça, aí eu falo ‘Ai meu Deus vai fazer três anos que eu operei’. A fase perigosa é com quatro anos<sup>17</sup>.” ROSA VERMELHA

E o silicone? (*pesquisadora*): “Eu não quero, eu tenho medo [...] Tenho medo de voltar a doença [...] Aí volta [...] Prefiro não mexer!”  
ORQUÍDEA II

#### 7.1.1.4 A Não Aceitação do Diagnóstico: um Mergulho na Inautenticidade

A magnitude emocional que envolve a comunicação de um diagnóstico de câncer é inimaginável. E, diante do estigma relacionado a esse grupo de patologias, um dos comportamentos observados na fala dessas mulheres é aquele relacionado a não aceitação do quadro que lhes fora informado.

Assim parecem recusar os sinais e sintomas que as deveriam levar a realizar exames médicos, e até mesmo a não aceitar, após diagnóstico, o que lhes está ocorrendo. Outro aspecto diz respeito ao receio de nominar o câncer, que nos próximos excertos de discurso é denominado de “a doença”.

“Aí eu fui e falei com Deus, eu falei pra Deus que eu não aceitaria doença nenhuma no meu corpo. E quando o pastor perguntou se eu tinha, ‘Quem disse pra você que eu tenho câncer? Tenho nada! Tu é doido é, que eu vou ter essa doença horrorosa? Em mim não! Tenho não! E se eu tenho essa doença, ela já ficou ali naquela altar’”  
BUGANVÍLIA

“Eu não podia deixar de trabalhar pra [...] Pra cuida da doença né? Aí eu fui deixando [...] Foi passando o tempo, aí foi aumentando. Daí chegou um tempo [...] Que não dava mais pra [...] guardar, porque afetou o meu pulmão.” JASMIM

“Porque eu também tinha uma impressão dentro de mim que ‘Ah eu não to com essa doença não’. Que o médico tava mentido pra mim. Não acreditava também e os outros também falavam isso que era mentira.” ROSA VERMELHA

“A médica disse que o cabelo ia cair com 15 dias, aí eu disse ‘Não vai cair meu cabelo!’, aí ela ‘Vai!’. Eu fiquei muito triste, fiquei revoltada, porque ficava, porque [...] Ficava, né?” ORQUÍDEA II

---

<sup>17</sup> Existe uma crença intitulada pelas próprias pacientes de “A crise dos quatro anos”, onde, se a doença não reincidir até o quarto ano pós-mastectomia, o câncer não voltará a surgir e elas não morrerão desta doença.

### **7.1.2 Categoria II: FATO INEVITÁVEL: MASTECTOMIZAÇÃO**

O ato cirúrgico é um procedimento que se refere ao momento da cirurgia e que se reflete posteriormente no emocional dessas mulheres. Retirar a mama não é somente perder um pedaço físico de si mesma, mas também alterar o emocional, mudar o seu eu, a imagem que se tem de si mesma, e até a forma de se expressar no mundo.

O momento é vivido com intensa emoção, sendo que é possível perceber a dificuldade que se tem em voltar a falar neste assunto, na perda, no limite e na impossibilidade em fazer algo diante dessa situação.

Olhar para si e para o sofrimento do outro passa a ser dolorido, e aceitar o que aconteceu e continuar a viver como antes, se torna difícil, como é possível observar nas seguintes subcategorias:

#### **7.1.2.1 A Dificuldade em Falar no Assunto**

A dor emocional se mostra muito atuante quando essas mulheres depõem suas experiências. Muito comum é ter a entrevista pausada por choros, risos nervosos e até silêncio, evidenciando a introspecção e reflexão sobre o assunto vivido, e caracterizando que a mutilação não é sentida somente no corpo, mas também expressa nas falas.

Muitas vezes as falas parecem desconectadas, sem sentido, denotando a dificuldade em falar do assunto, e trazendo à tona os sentimentos e sensações desagradáveis que viveram e vivem.

Não somente o fato de retirar a mama, mas também outros momentos trazem essa dificuldade de expressão em palavras daquilo que lhes foi emocional e fisicamente dolorido:

“Assim eu [...] Eu [...] Vou ficar sem a mama.” ROSA

“Tirar a mama [...] Assim né? Que realmente, foi [...] e foi.” ROSA SEM ESPINHO

Quando questionada sobre como recebeu a notícia do câncer e da necessidade da cirurgia: “Não [voz trêmula] [...] É [...] Assim.” JASMIM

Quando questionada se ficou triste ao perder os cabelos: “Ficava, porque [...] Ficava, né [...] O cabelo da gente é coisa né? [...] É.”  
ORQUÍDEA II

### 7.1.2.2 Diante do Limite de “Ser-Humano”

Ao vivenciar o fenômeno de “ser-humano” e deparar-se com suas limitações físicas e emocionais, essas mulheres expressam desde o desespero até a compreensão daquilo que lhes acometido.

Interpretar esses limites e se adequar ao que deve ser vivido como consequência destes, desestrutura o mundo emocional e as obriga a lidar com constantes relutas, como é visto nos depoimentos a seguir:

“Aí quando eu fui tirar minha roupa, aí eu vi o bico do meu peito pra cima, como diz? [...] Repuxado! Aí eu tentei baixar e não consegui. Aí eu me desesperei!” *(ao descobrir informalmente o câncer)*  
ORQUÍDEA I

Quando questionada sobre como se sentia sem a mama: “Constrangimento [...] Eu agora não vou mais paquerar [...] Porque eu não tenho seio.” LÍRIO

Quando questionada sobre por que achava que tinha que passar por essas limitações: “A gente passa por isso independente de qualquer raça, cor ou religião. A gente não ta imune.” ROSA

Após a cirurgia: “Queria assim [...] Ir pra algum lugar [...] Não podia me esforçar muito, né? Batia tristeza [...] Não vou negar não. Meu natal foi horrível. Todo mundo ali com saúde e eu doente [...] Fiquei muito triste” JASMIM

Esse limite pode ser claramente observado no sentido de que há espaço – em seus discursos – para a fuga dessa situação tão difícil, ou mesmo quando, por quaisquer motivos atribui ao profissional que a acompanha a responsabilidade pela melhora ou agravamento do quadro nosológico:

“Na segunda vez que recebi a químio, logo depois de receber, fui na minha psicóloga pedir ajuda, não aguentava mais sofrer [...] Cheguei a confessar pra ela que eu ia desistir do tratamento, mas ela não deixou.” VITÓRIA RÉGIA

“Quer dizer, se ele (o *médico*) tivesse me dito desde cedo ‘você tem condições de operar quando pequenininho’ o caroço, eu tinha feito a cirurgia e não tinha perdido o peito todo, né? Mas, não! Não foi desse jeito!” (*atribuindo ao médico a culpa por ter que realizar uma mastectomia total e não uma quadrantectomia, onde, segundo a paciente, se o médico houvesse optado meses antes em fazer a cirurgia, ela não perderia a mama toda*).

“Quando eu cheguei aqui, a moça disse ‘O médico que lhe atende lá, lhe atende aqui’, mas eu disse: ‘Não, eu quero outro!’”. ORQUÍDEA II

### 7.1.2.3 O Momento do Olhar: a Dificuldade em Ver-Se

Uma situação de grande expressão de angústia e sofrimento psíquico é a ocasião de olhar-se no espelho e ver-se sem a(s) mama(s) e/ou os cabelos. Essas mulheres e até mesmo seus familiares e amigos, tendem a adiar este momento pelo receio do impacto emocional que esta cena poderá ter sobre elas.

É perceptível como a constatação da perda desorganiza o emocional, e para evitar o momento do ver-se, durante algum tempo, há a recusa em fazê-lo, como uma clara demonstração de fragilidade inerente à situação que estão vivenciando:

“Passei umas duas semanas sem [...] Sem me ver no espelho.” (*após a cirurgia*) ROSA SEM ESPINHO

“Minha irmã tirou todos os espelhos da casa depois da cirurgia, Só fui me ver dois meses depois [...] To fazendo tratamento (*quimioterapia*) pra depois fazer uma plástica e colocar o silicone.” JASMIM

Você se olhava no espelho? (*pesquisadora*): “Eu olhava, mas eu tava [...] Tava muito feia... Fica um vazio [...] Tomo banho, aí saio do banho e boto a toalha aqui (*em cima do ombro e cobrindo a mama retirada*), o tempo inteiro até quando eu me acostumar. E eu uso sutiã, né? Não vou sair assim.” PÉ DE ROSA

“Caiu (*cabelo*), eu chorei muito. Passei uma semana chorando sem me ver.” ORQUÍDEA II

O que foi mais difícil? (*pesquisadora*): “De me olhar no espelho assim [...] E ver que não tinha um pedaço meu, né? [...] Ai foi muito difícil.” LÍRIO

#### 7.1.2.4 O Outro Eu: Ser Diferente de Mim ou Quando a Alma Chora

Ao ver-se e sentir-se sem a(s) mama(s) e os cabelos, emoções são expressas em atitudes que tendem ao encobrir-se, ao esconder-se, ao anular-se. O sofrimento e as sensações são expressos em palavras que denotam a constante e difícil luta enfrentada por essas mulheres, como mostra a seguir:

“Aí eu digo que a alma chora [...] Doer a alma [...] Você fica tão [...] Se sente ‘pequenininho’ [choro] acho que do tamanho do grão de uma mostarda. Você tem vontade de ir pro casulo, sei lá [riso com choro] Às vezes eu me pegava assim, me encolhia tanto, tanto que [...] Às vezes eu me encolhia tanto [choro] Ficava tão ‘pequenininha’”  
BUGANVÍLIA

“Vergonha.” (*resposta dada quando questionada em ter uma vida conjugal novamente*) VITÓRIA RÉGIA

“Eu tinha que fazer o curativo e nenhuma roupa ficava boa em mim. Aí eu chorava, chorava.” (*após a mastectomia*) ORQUÍDEA II

“Eu tinha vergonha. A gente careca, né?” (*em relação à queda do cabelo durante o tratamento de quimioterapia*). PÉ DE ROSA

“Eu tinha um pouquinho [...] Mas ele não.” (*quando questionada sobre ter vergonha ou não na hora do ato sexual com o marido após a mastectomia*) ROSA SEM ESPINHO

#### 7.1.2.5 Diante da Morte, do Sofrimento do Outro

A partir dos trechos abaixo, retirados dos depoimentos das mulheres mastectomizadas e participantes da pesquisa, é possível notar a existência de uma acentuada sensibilização e identificação com o outro que também passa pela situação de câncer. Esta identificação parece ainda mais evidente quando existe a eminência da morte (medo que lhes é muito peculiar), percebe-se a exacerbação emocional, o que caracteriza o “olhar o outro” que passa pela mesma situação. Nota-se a preocupação, o zelo, o cuidado expresso sob a forma de solicitude, do direcionar ao outro um olhar de compreensão, manifesto, diante da perda, sob a forma de comoção, conforme os relatos:

“E eu sofri mais por ela, por mim não, mais por ela. Ver a esposa, a mãe no caixão [...] sofri por eles.” (*em relação à irmã que falecera de câncer*) ROSA

“Olha a Fabiana<sup>18</sup>, morreu! Deus me livre! Fiquei muito triste! Chorei!” (*sobre uma integrante do GAMMA que falecera n mesma semana*) ORQUÍDEA I

“Quando penso em coisas ruins, aí eu levanto da cama! Se eu tiver deitada pensando, porque é sempre quando eu deito [...] Aí eu levanto, vou fazer alguma coisa, olhar televisão, não pensar mais. Eu já perdi muito amigo meu, com câncer.” ROSA VERMELHA

“Até hoje se alguém pergunta pra mim [choro] [...] Se alguém fala uma história triste de doença ou como a Camila<sup>19</sup> que também é do GAMMA e que foi assaltada hoje e depois a filha dela [choro] também foi, sabe? Eu choro [choro].” ORQUÍDEA II

### **7.1.3 Categoria III: ESTRATÉGIAS DE SUPERAÇÃO: “CON-VIVENDO” COM A PERDA**

Após a cirurgia, chega o tempo de ver e sentir que uma parte de si foi retirada, que não existe mais. O momento pós-operatório junto com o tratamento da quimioterapia é acompanhado de dúvidas, medos e crenças; onde essas mulheres tendem a buscar conscientemente ou não, diversos tipos de apoio que as ajudam a levar essa caminhada difícil e sofrida de uma forma mais leve e esperançosa.

#### **7.1.3.1 Vivenciando a Facticidade, o Inevitável**

Diante do inevitável, a perda da mama, essas mulheres buscam de modo peculiar a continuidade de suas vidas por meio de interpretações da situação que as ajudam a conduzir-se à cura. Em meio a tristezas, aparecem ânimos de luta e força como podemos perceber nos discursos a seguir:

---

<sup>18</sup> Nome fictício

<sup>19</sup> Nome fictício

“To com medo não [...] Porque todo mundo vai morrer e não virar pedra né? [...] Botei na cabeça que tudo tem por que acontecer [...] Gente tem que lutar pra ficar bem.” PÉ DE ROSA

“O segredo eu acho que é você não acreditar que ta com a doença. Eu, às vezes, esqueço que to doente. Se eu não olhar pro, como dizem, o dodói [apontou para a mama retirada], eu esqueço.” ORQUÍDEA II

Vivenciar a facticidade que abruptamente se abateu sobre elas significa olhar para si mesma, verificar as consequências da cirurgia e do tratamento quimioterápico, a queda do cabelo, submeter-se ao tratamento medicamentoso, sem adentrar pela mágoa, dor ou sofrimento intenso. É priorizar a si mesma e se ser capaz de enfrentar esta situação.

“Pra mim, eu, eu, eu não perdi nada. Pra mim eu ate às vezes esqueço que fiz cirurgia que to fazendo tratamento. Eu vivo minha vida normal... Hoje em dia eu ate saio na rua e esqueço que to sem o lenço, sabe? Fico normal.” ROSA

“Meus cabelos, assim [...] Realmente fez muita falta, senti muita falta dele, mas eu tinha que, eu tinha que suportar aquilo pra mim ficar curada... Eu vou fazer o que o médico manda, tomar os remédios [...] Mas eu tinha certeza que eu ia sair dessa [...] E saí [...] Sou mais feliz agora que eu enfrentei isso de frente, e não foi isso que fez eu baixar a cabeça não.” ROSA SEM ESPINHO

“Porque a gente tem que encarar o problema [...] Minha vida é normal [...] Meu cabelo cai hoje, e amanhã ele vai ‘tá’ grande. Se for pra acontecer [...] Eu batalho, quero viver [...] É muito melhor ela ficar sem as duas mamas e continuar com a saúde [...] Quando apareceu e Dr. falou que ‘tem que tirar a mama’ [...] Eu, Nossa! Não! Tem que tirar? [...] ‘Infelizmente tem que tirar’ (médico) ‘Então não é mais meu!’ (paciente). No outro dia, do dia seguinte, eu me alimentei normal e fui pro hospital. Eu vou é viver! Eu quero é ficar bem.” VITÓRIA RÉGIA

Um aspecto presente nos discursos é o que caracteriza a força dessas mulheres que não se deixaram levar pelo desespero. Pelo contrário, apesar da mutilação sofrida têm a capacidade de compreender a dimensão do quadro e, resolutamente, não somente “re-agem” mas, são pró-ativas diante do processo que vivenciam.

“É muito triste né? A morte é uma coisa que ninguém aceita. Mas a gente tem que aprender a conviver [...] É melhor você retirar [...] a



mama, do que você ficar relutando e ficar com uma coisa que vai te matar, entendeu? Então eu digo: “Não. Tá tudo bem! Se tem que tirar [...] tira!” ORQUÍDEA I

“Ir lutando pra conseguir a se recuperar, se recuperar. Não pensar em tristeza, pensar em alegria, não ficar em ambiente triste, nada né? Ficar pensando pra se recuperar, que se recupera [...] Eu não fiquei triste foi com nada.” LÍRIO

“Tudo na vida você tem que agradecer [...] Eu não sofri não [...] Deus dá o frio conforme o cobertor. Se eu [...] Se essa doença veio, se o CA veio, é porque [...] Eu teria força pra resistir e tive força e estou aqui. Não tinha lágrima que não me deixava sorrir. A não! Eu não queria nem saber. Essa doença não é mais minha. De jeito nenhum! Eu sou mais forte do que ela, porque eu tenho Deus. Então porque ela pode me fazer mal? Não tive problema nenhum em tirar o peito. É uma doença. Quando eu nasci, eu nasci sem o peito. Acho uma besteira isso, sabia? Acho uma besteira isso [...] Querida, nós nascemos, crescemos, reproduzimos, envelhecemos e morremos. Aí eu pergunto a você? Por que não viver feliz? Que de todo jeito você vai morrer [...] Se você ficar aborrecida da vida você vai morrer. Se é feliz, vai morrer. Então vamos ser feliz, vamos viver feliz, vamos falar palavras bonitas, vamos amar nosso próximo, vamos superar [...] O teu marido tem quantas boca? [...] Então mana? Pra quê ‘dois peito’? [...] Nenhuma doença é boa, mas se você não ‘tá’ boa, tem que procurar tratar.” BUGANVÍLIA

“Eu não senti sofrimento não, pra mim foi natural. É a coisa mais fácil porque nós temos como repor [...] Não, pra mim eu não senti nada. Eu me senti mais elétrica. Parece que foi uma injeção de ânimo, sabe?” [sobre a quimioterapia]. JASMIM

### 7.1.3.2 A Religiosidade como Enfrentamento

Quando questionadas sobre como superaram a situação ou sobre como estavam ou haviam enfrentado a mesma, muitas vezes algumas frases eram elaboradas de forma desconexa, mas o que as pacientes pretendiam dizer, tornava-se muito claro: foi Deus!

A vivência da doença desde o diagnóstico aos tratamentos (cirurgia e quimioterapia) é tida de formas diferenciadas, mas é perceptível que nove das dez<sup>20</sup> entrevistadas em algum momento ou na maioria destes, recorreram à religiosidade, seja para buscar a cura ou para

<sup>20</sup> Este dado foi quantificado visto que foi o único que apareceu de forma quase unânime.

entender o porquê disso ter acontecido com elas (algumas entendem que a doença veio para tirá-las do estilo de vida que estavam vivendo – bebidas, fumo – e trazê-las de volta à igreja).

A religiosidade surge como argumento de racionalização e Deus é visto como uma entidade religiosa<sup>21</sup> que possui o controle e o comando de tudo que acontece na vida dessas mulheres, pois em suas opiniões Ele não permite que nada aconteça sem o Seu consentimento, e se acontece, este acontecimento se dá no grau em que a pessoa consegue suportar, além de lhe ensinar alguma coisa; como podemos observar a seguir:

“Eu entrego minha vida pra Jesus [...] Ter muita fé em Deus que você vai ficar boa. A gente tem que louvar.” ROSA

“Porque quando eu descobri que estava com essa doença eu me coloquei diante do meu Deus [...] Porque quando nós estamos com Ele, não há o que temer. Tem que se colocar na mão do Todo Poderoso [...] Pedir a Deus pra que eu fique curada [...] Tem que buscar, tem que crer, tem que ter fé, tem que pedir e não duvidar. Sempre colocando o Senhor [...] Deus, Ele pode tudo! Nosso Deus Todo Poderoso, ensina isso pra gente.” ORQUÍDEA I

“Não [...] [choro] Não cai uma folha que Deus não permita. Deus, muita fé em Deus [...] Muita fé em Deus. Sempre pensando primeiramente em Deus [...] Mas agora eu superei tudo. Se Deus quiser daqui pra frente só alegria. Deus quis assim, pra eu aprender.” LÍRIO

“Foi Deus, né? [...] Eu estava desviada [...] Entreguei nas mãos de Deus.” ROSA SEM ESPINHO

“Falei com Deus [...] Meu psicólogo foi Deus. Ali na igreja eu conversei com Deus e ali eu deixei a doença também [...] Deus dá o frio conforme o cobertor. Se eu [...] Se essa doença veio, se o CA veio, é porque [...] Eu teria força pra resistir [...] E tive força! E estou aqui! O tratamento foi muito agarrado com Deus. Deus não quer que eu fique assim [...] [choro] Que Deus permita que eu morra feliz.” BUGANVÍLIA

“Muita fé em Deus! Muita fé em Deus!” VITÓRIA RÉGIA

“Se Deus quiser vou aguentar [...] Peço muito a Deus que me dê muita saúde pra ‘mim’ terminar de criar meus filhos [...] Deus ‘veve’ do meu lado e me dá coragem, e eu não tenho mais medo de nada não [...] Ter fé em Deus e coragem, e pra ir pra igreja, que Deus dá força pra pessoa. Só Deus mesmo que tem dó da gente [...] Se Deus quiser minha vida vai melhorar. Tenho fé em Deus.” PÉ DE ROSA

---

<sup>21</sup> As participantes eram da religião católica e evangélica.

“Eu falava com Deus: ‘Ah Deus! Me tira dessa depressão!’ [...] Pedi também a Deus pra Deus me dar força e eu passar por ela (*mastectomia*). Sempre busquei a Deus [...] ‘Ah Senhor, melhor perder o cabelo que outra coisa’<sup>22</sup>. [...] Mas aconteceu né? [a cirurgia] E Ele tinha um plano em minha vida: me afastar da vida de bebida e fumo.”  
ROSA VERMELHA

“Eu só pedia muito a força de Deus.” ORQUÍDEA II

### 7.1.3.3 A Importância do Apoio

O apoio de outra(s) pessoa(s) se mostra como pedra fundamental na luta e enfrentamento da doença e no processo de cura. Sentir-se amparada traz calma a essas mulheres e até força de suportar a facticidade vivenciada. A seguir são apresentados alguns tipos de apoio que emergiram durante as entrevistas.

#### 7.1.3.3.1 Familiar

O apoio familiar se mostra importante no relacionamento paciente/doença, pois é através do tratamento normal (como se as pacientes não tivessem adoecido) que elas se sentem bem, e não inferiores ou impossibilitadas pela doença. Esta que também aparece como elo de ligação entre uma família que estava afastada em sua convivência.

Nos relatos abaixo é possível ver a importância desse apoio:

“A ajuda do [...] Do meu esposo. A família apoiou muito. Minha família ajudou [...] Tá o tempo todo me animando [...] E eles me ajudam muito. Me sinto normal.” ROSA

“Eles (*a família*) não me trataram como doente, ao contrário: ‘Mamãe, poxa mamãe! A gente tá com uma saudade da sua comida. Que tal a senhora ir pro fogão?’ [risos] E eu ia pro fogão, fazer com todo prazer [...] ‘Mamãe eu to com saudade daquela galinhada’ [risos]”  
BUGANVÍLIA

---

<sup>22</sup> A paciente passou pela quimioterapia antes de sofrer a cirurgia, e ao ver-se perdendo os cabelos, preferia perde-los a retirar a mama. Mas não teve como, a químio não reduziu suficientemente o tumor cancerígeno e a mesma teve que ser submetida à cirurgia.

“A minha família foi assim [...] Um conjunto assim [...] Precisava unir todo mundo junto, sabe? E ela se uniu mais ainda. Família é essencial.” JASMIM

“Na minha família, todo mundo me apoiou. Foi muito bom.” VITÓRIA RÉGIA

“Meu apoio veio da minha família e do GAMMA.” PÉ DE ROSA

### 7.1.3.3.2 Profissional

Durante as entrevistas, sem a intenção de investigação da pesquisadora, surgem naturalmente os comentários sobre a importância do apoio dos profissionais (médico, psicólogo e enfermeiro) que atuam na FCECON. É perceptível que com a conversa entre profissional/paciente, o apoio e o bom tratamento, os sentimentos de tristeza diminuem e essas mulheres se sentem mais seguras e confiantes na vivência do processo do tratamento.

Com tantas citações, foi considerada importante a atribuição de uma subcategoria neste trabalho a esses profissionais:

“O médico me ajudou muito, conversou muito comigo.” ROSA

“Eu agradeço muito a toda equipe do Cecon. Sempre fui bem tratada e nunca me faltou nada em matéria de atendimento. Todo mundo me atendeu muito bem, sempre fui bem tratada aqui, e se não fosse esse cuidado eu acho que [...] Não sei se eu ‘taria’ viva [...] A minha Dra. Psicóloga era voluntária aqui na época, aí eu tive várias conversas com ela. Ela me ajuda muito.” VITÓRIA RÉGIA

“O atendimento psicológico daqui foi bom porque ela (*a psicóloga*) explicou né? [...] Ela disse que era assim mesmo, né? Que a gente não ficasse nervoso não, que não ia sentir nada ruim não. Aí pronto! Não senti nada não. Aí eu perdi o medo.” PÉ DE ROSA

“Em nenhum momento fiquei triste, porque ele (*o novo médico*) não deixava. Os enfermeiros também eram muito bons comigo, tinham muita paciência.” ORQUÍDEA II

### 7.1.3.3.3 Grupo Social: GAMMA

Quando questionadas sobre a importância do grupo GAMMA na convivência e superação do câncer, a maioria das participantes atribuiu a ele um papel incontestável de ajuda. Através do apoio e das trocas de experiências, as entrevistadas mostraram se sentir mais iguais, umas às outras, e perceberam que muitas pessoas passam pelas mesmas dificuldades que as suas.

Na falta de apoio dos grupos sociais amigos e família, o GAMMA se torna um substituto e muda a vida dessas mulheres, dando-lhes mais força e esperança pela cura; e é comum o grupo passar a ser visto não apenas como um grupo de apoio, mas como um grupo de amigos e uma família:

“O GAMMA [...] É, foi assim, um grupo que me apoiou. Um grupo que me recebeu de braços abertos. É um grupo que te ajuda, entendeu? É uma família, há uma união, uma cumplicidade, entendeu? Das pessoas q fazem parte [...] E eu não sei o que seria de mim sem o grupo GAMMA.” ORQUÍDEA II

“E tive muita ajuda dos meus amigos aqui, entrei no GAMMA, muita ajuda! É muito importante o grupo GAMMA, me ajuda muito, eu ajudo ele. Pra mim é muito importante [...] Foi o grupo que me levantou.” LÍRIO

“Aí eu comecei a participar do GAMMA, aí eu fui mudando. Muitas vezes não era nem pra eu vir pro médico, eu vinha só pra participar.” ROSA SEM ESPINHO

“O GAMMA soma a alegria, divide as dores e multiplica as conquistas.” BUGANVÍLIA

“Aqui todo mundo é uma família.” VITÓRIA RÉGIA

“Ajuda, apoia, porque tem muita gente que não fica mal, né? Mas tem gente que fica mal, né?” PÉ DE ROSA

“E eu já to aqui vai fazer três anos. E eu já to nesse grupo aqui, que pra mim foi ótimo. Eu vivia sempre depressiva: eu tenho que sair, tenho que andar [...] Eu não tenho apoio de ninguém (*em relação a família e amigos*). Por isso que eu me juntei nesse grupo que me dá apoio. Porque as minhas amigas aqui a gente conversa, se abraça, conversa, uma conta as dificuldades pra outra. Aí que é meu apoio [...] Ele (*o grupo*) me deu alegria, me deu mais, tirou mais a depressão, né? Eu me sinto hoje mais feliz. Eu gosto muito do grupo, porque aqui eu encontrei verdadeiros amigos, né? Eu passo minha experiência pras

outras, e recebo as delas, né? Aconselho, converso com elas. Então pra mim é ótimo.” ROSA VERMELHA

#### 7.1.3.3.4 Grupo Social: Amigos e Sociedade

Mais uma vez o apoio das pessoas nesse momento de tanto pesar, mostra-se importante para alegrar e ajudar essas pacientes, esse, que dessa vez vem de amigos de fora do GAMMA, vizinhos e até de desconhecidos que se compadecem ao conhecer as histórias dessas mulheres.

A importância do apoio para a superação e para a força em buscar a cura, cuidando mais de si, se mostra nos depoimentos a seguir:

“Falei com essa minha amiga que eu liguei e ela já morreu, e ela também não me deixou chorar [choro] ‘Nossa você é tão corajosa, e Deus não gosta de mulher é [...] É [...] Covarde. Se essa doença veio pra você, é porque você vai tirar de letra’, ela me disse”. BUGANVÍLIA

“Eles (*os vizinhos*) estão me ajudando, me alegrando. Eu to muito bem!” JASMIM

“Porque eu conversava muito com os pacientes aqui e ainda converso, aí eu fui vendo que [...] Que a gente fazer o tratamento direito, cuidar cedo, antes da doença reforçar na gente, não é o fim do mundo. A gente supera.” VITÓRIA RÉGIA

#### 7.1.3.4 Quando Falta o Apoio: a Solidão e a Mágoa

As queixas pela falta de apoio se voltam para a família, quando não exerce um papel esperado pelas participantes. Elas se queixam que eles não sabem como agir e até mesmo fazem pouco de suas enfermidades. Sozinhas, muitas delas se voltam para o grupo e encontra ali um apoio, uma força e uma esperança.

Durante as entrevistas foi perceptível a existência de muita mágoa na entonação das falas dessas mulheres quando se referiam à falta de apoio sofrida:

“Mas eu me separei porque quando ele (*o ex-marido*) soube da doença [...] Assim [...] Ele ficou assim [...] ‘Digamo’ que meio [...] Abestalhado! Não soube o que fazer. Cruzou os braços e eu disse:

‘Bem, eu não posso ficar com uma criatura dessa. Não faz nada por mim’. Não vinha pra cá comigo, não fazia nada por mim. Aí eu cheguei com ele: ‘Não amigo, não dá!’. Tenho que estar com uma pessoa que me ajude, que some do meu lado. Entendeu?’  
ORQUÍDEA I

“A respeito dos meus filhos tenho muita pouca ajuda [...] Aí eu fico sozinha. O segundo marido arrumou logo outra, uma menina de 17 anos, e tá com uma neném [...] Como ele tem 56 anos, eu disse para ele, eu só lamento.” LÍRIO

“Depois que eu operei, aí eu fui abandonada pela pessoa que tava comigo [...] Aí eu fiquei, só eu. Continuei só eu de novo [...] Sozinha [...] Mas agora eu tenho o GAMMA.” ROSA SEM ESPINHO

“Ah eu me sentia muito, muito depressiva, justamente por causa disso. Como até hoje, eles (*a família*) fazem, parece que fazem pouco caso da minha enfermidade.”

“Ela (*a mãe*) fala: ‘Rosa Vermelha, você tem mania de falar que eu não sinto nada’, ‘Mãe sente sim, mas a senhora não passou pelo o que EU passei’. Agora eu falo com ela: ‘Se a senhora vinha passado o que eu passei, a senhora ia ver o que é difícil.’” ROSA VERMELHA

### 7.1.3.5 Indo Além de Si: a Vivência da Solidariedade com o Outro

Quando essas mulheres se descobrem iguais e percebem que outras pessoas também sofrem com o câncer, uma identificação e uma sensibilização com esse outro nasce, e a força que lhes faltava surge para cuidar de si e ser exemplo e apoio ao outro:

“Ela (*outra paciente da instituição*) fez a cirurgia, faz o tratamento aqui e eu sempre to conversando com ela. Eu animo ela porque ela tá sofrendo mais que eu.” ROSA

“Ah! Assim, morreram vários amigos, mas a que mexeu mais comigo foi a essa última uma semana, da Fabiana<sup>23</sup>. A gente ainda tirou foto antes pro banner do GAMMA. A gente tava muito próxima, corria, brincava e de repente a menina ligou pra mim e disse [choro].”  
ORQUÍDEA I

“Eu gosto muito do grupo, porque aqui eu encontrei verdadeiros amigos, né? Eu passo minha experiência pras outras, e recebo as dela, né?” ROSA VERMELHA

---

<sup>23</sup> Nome fictício.

“Eu venho aqui ajudar. É muito bom ajudar as pessoas.” ORQUÍDEA II

### 7.1.3.6 Na Busca de “Re-Existir”: Contradições e Emoções

A vivência do câncer e de seu tratamento não é uma coisa fácil, por isso foi comum encontrar algumas contradições nas entrevistas de algumas participantes. Essas contradições se deram em momentos diferentes da entrevista, ou com a observação do que era falado e de como era expressa essa fala. Muitas vezes, enquanto se diziam fortes, elas choravam e tremia física e verbalmente, denotando que o “ser-forte”, para ser forte, passou ou ainda passava por algum tipo de sofrimento que não queriam demonstrar.

Abaixo de cada trecho de um depoimento, há uma explanação sobre a emoção e a contradição constatada:

“Não sofri nada. Eu nunca tive medo de morrer. Eu tenho medo de morrer e não estar preparada.” ORQUÍDEA I

- A fala foi exposta em meio à voz trêmula e choro, denotando a vivência de muitas emoções.

Você sentiu diferença na sua autoestima?: “Não, não [...] Sempre foi pra cima, assim, sabe?” ROSA SEM ESPINHO

- Essa fala de que a autoestima da participante ‘sempre foi para cima’, conflita com sua dificuldade em se expressar sobre a retirada da mama e a queda do cabelo, quando em meio choro, simplesmente não conseguiu elaborar uma frase e respondeu: “Assim né? Que realmente, foi.”

E quando você perdeu o seio, você teve algum sentimento ruim com você mesma?: “Não.”

Se sentiu menos mulher?: “[...] Eu não senti nada disso não. Pra mim foi natural.”

Se você encontra uma mulher que está passando por esta situação, mas que ela não está bem... O que você falaria pra ela, pra ajudar essa pessoa a superar?: “Olha [...] Né? Nós temos como ficar normal de



novo, porque uma plástica, né? Não, não, não fica mutilado. Fica a nossa mente, mas fisicamente não fica.”

*(insistindo mais uma vez a fim de entender seus reais sentimentos):*

Você passou por algum momento de tristeza?: “Não [voz trêmula] [...] É [...] Assim [...] Só quando [...] Queria assim [...] Ir pra algum lugar, não podia me esforçar muito, né? Batia tristeza, mas fora isso.”  
JASMIM

- A paciente, ao mesmo tempo em que diz não sentir nenhum sentimento negativo, muitas vezes pausa suas falas com expressões faciais não muito positivas; além do que, quando questionada sobre como ajudar alguém que passa por essa situação, a participante coloca a si e a outra pessoa como anormais, já que uma plástica as faria ser normais novamente. E por fim, quando perguntada novamente se sentiu algum sentimento negativo, sendo que desta vez o sentimento foi nomeado como tristeza, a mesma assumiu a existência de algum momento que sentiu essa tristeza.

#### 7.1.3.7 O “Ser-Doente” X o “Ser-Culpado”

Com base no presente estudo, percebe-se que no estar doente, é comum usar da racionalização ou reflexão com fins de entendimento do porquê de ter que passar por essa facticidade, o câncer, a mastectomia. Algumas dessas mulheres encontram pontos de fuga ou culpa em si ou no outro, como uma justificativa ao vivido.

Deus aparece como uma entidade religiosa que ensina através da doença ou que mesmo consente a doença como uma punição. Algumas das entrevistadas culpam a si mesmas pelo estilo de vida que levavam, ou culpam outras pessoas próximas, como um filho, pelo trabalho e decepção que dava, ou o marido, pela traição realizada.

Mas nos trechos a seguir é possível ver que a doença também é vista como algo “positivo” que veio a emergir com um o propósito positivo, e onde a pessoa acometida, se torna uma espécie de mártir, que sofre em prol de algo maior:

“Deus quis assim, pra eu aprender.” LIRIO

“Eu estava desviada, aí eu só quero saber de festa, só quero saber de beber. Aí eu deixei quando, quando, quando eu soube que eu tinha nódulo, que era pequenininho eu não me importei. Daí foi, foi [...] E quando foi em 2009 foi aí que cresceu mesmo, cresceu, cresceu, que eu vim procurar um médico e [...] Aí tinha que retirar, né? Eu tinha que tirar a mama.” ROSA SEM ESPINHO

“Eu criei meus filho com muito carinho. Mas você cria o filho pro mundo, mas até que uma mãe perceba que cria os filhos pro mundo [...] Na época que eu fiquei com esse problema, foi um sentimento, uma mágoa [...] Não é nada genético. E não feriu nada em mim, feriu meu sentimento de mãe né? Mas hoje, quando eu vejo qualquer filho fazendo besteira, eu digo ‘Cuidado que a borracha não apaga isso’. Então se isso é pra que eu sofra pela minha família, pelos meus filhos, pela minha mãe, pela minha irmã, por toda a minha família, eu vou sou sofrer, mas eu não quero que essa dor passe pra eles.”  
BUGANVÍLIA

“Por quê que eu não falei antes pra família? [...] Eu devia [...] No começo eu devia dizer logo, porque resolvia logo né? Não deixar prolongar” (*em relação ao fato de ter escondido o câncer da família*)  
JASMIM

E porque que você Rosa Vermelha acha que passou por essa situação?: “Ah, eu acho que é porque do estilo de vida que tive né? [...] Deus até pode não ter consentido que eu fique com essa doença, mas eu bebia. Eu bebia muito com minhas amigas. Muito, muito! Minha mãe ficava preocupada comigo porque eu vivia em forró, bebendo, dançando, fumando.” ROSA VERMELHA

“Mas é o que eu to te falando, foi por isso que eu adoeci disso. Porque ele (*o marido*) fez todas essas coisas.” (*em relação aos problemas conjugais*) ORQUÍDEA II

“Precisava vir isso pra gente se chegar mais. Antes a família não se falava. Agora, eu sofri; mas agora estamos juntos.” (*sobre a união familiar. Referindo-se que a vivência do câncer os uniu*) JASMIM

#### 7.1.3.8 Quando o Outro Invade o “Ser-Eu”: Crenças e Fantasias

Como se não bastasse o próprio medo e sofrimento, essas mulheres também têm que enfrentar as crenças sociais que não possuem embasamento e que não foram comprovadas cientificamente, ou que ainda muitas vezes já foram refutadas pela ciência. Essas crenças que tendem a mudar as formas de ver-se e ver a doença, impelindo-lhes ao isolamento sexual por medo da reincidência da doença ou mesmo impedindo-as de fazer algo, como colocar a prótese de silicone, que lhes fariam sentirem-se melhores emocionalmente e esteticamente.

O medo da morte também reaparece no momento do tratamento, onde a paciente deixa de enxergá-lo como positivo e promotor de melhora e cura, e passa a vê-lo com certo temor fatal. E a cura em si, tende a perder sua conotação efetiva e passa a receber uma conotação

emotiva, onde a perda dos cabelos (consequência da quimioterapia), é tida como sensação de cura, de afastamento da doença, e não a quimioterapia em si:

“Mas sabe o que tenho? Tenho medo de fazer sexo e o câncer voltar.”  
LIRIO

“Se mexer no CA a pessoa morre ligeiro.” BUGANVÍLIA

Você teve a sensação de que tirando o resto do cabelo também estaria tirando o restante da doença, que seria um tipo de cura? “Isso!! Isso!!”  
[fala com entusiasmo] JASMIM

“Na primeira sessão da químio, as pessoas falavam muito. Que [...] Quem tomava aquela químio, que morria.” ROSA VERMELHA

#### 7.1.3.9 O Olhar do Outro: o Preconceito

Outra luta além da que é travada contra a doença, é a luta social contra o “pré-conceito” do câncer. Algumas participantes trouxeram à tona sentimentos e situações sobre o preconceito social, e até mostraram-se com uma elaborada interpretação sobre os mesmos:

“Nossa sociedade, ainda, ainda, ainda tem medo, nossa sociedade tem pavor da palavra câncer.” BUGANVÍLIA

“Mas ainda tem assim, existe assim, existe um pouco de discriminação, né? Tem gente que vê assim com o canto dos olhos e tal. Uma vizinha que ficou diferente comigo, mas eu não culpo ela, não a condeno por ela não entender, entendeu? Ela não sabe o significado.” VITÓRIA RÉGIA

“Os vizinhos lá da frente olhavam pra minha careca e começavam a rir [...] A ignorância é deles.” PÉ DE ROSA

#### **7.1.4 Categoria IV: DESPEITADA: CONTUDO, SEGUINDO EM FRENTE: A VIVÊNCIA DA TEMPORALIDADE**

E após certo tempo de vivência – cirurgia e tratamento pós-operatório – essas mulheres passam a elaborar e reelaborar-se, conhecer e reconhecer-se, mostrando a existência de uma força própria que muitas delas desconheciam possuir, e entendendo os sentidos de suas vidas.

##### **7.1.4.1 Entendendo a Vivência: uma Reflexão sobre a Autoexistência**

E ao passar o impacto da notícia da doença, o medo da cirurgia e do tratamento, as participantes mostraram conseguir reorganizar-se emocionalmente e refletir suas vivências. Lindas lições de vida são aprendidas por elas, como a paciência, a humildade, a calma, o amor, a compaixão e a ajuda ao próximo, a valorização da vida e da religião.

Entender que uma situação sofrida pode trazer grandes ensinamentos é mudar a visão de si e do outro, é sentir-se confortadas, seguras, modificadas, senhoras de si e de suas vidas. E mesmo que Deus seja visto como responsável pelo vivido, o estreitamento da conexão com Ele as deixam mais fortes e empenhadas no processo de superação:

“Eu creio que nada na nossa vida acontece por acaso. Deus tem um propósito [...] Eu aprendi [...] A ter mais paciência, ter mais fé.” ROSA

“E a lição de vida maior que eu acho maior, que a gente tira com essa doença é a humildade, tem que ter humildade. Com humildade você consegue tudo, tudo, tudo. Que não adianta você ser avarento, arrogante, prepotente, orgulhoso, soberbo. Não adianta! Você tem que ter humildade.” ORQUÍDEA I

“Ser mais calma [...] Aprendia a ter, né? [...] Ser mais calma. A não fazer as coisas tudo na carreira, né? Agora faço tudo devagar, até andar ando devagar porque um dia desses eu peguei duas quedas.” LÍRIO

“Eu aprendi a amar as pessoas, a me amar. Sabe? [...] Amar as pessoas, ajudar as pessoas. Isso eu aprendi. Ter amor.” ROSA SEM ESPINHO

“Disse ao meu marido: ‘Casei com você, mas você nunca pegue nos meu peito, porque se você pegar neles, cê se lasca!’. Aí perdi o peito né? [...] Engraçado né? [...] Minha vida passada eu digo que é preta e

branca, e hoje eu dei cor a ela. Quando a gente dá cor [...] Eu vivia pros meus filhos e marido, eu não vivia muito pra ajudar alguém. Eu ajudava se cruzasse meu caminho ou pedisse, mas eu não ia atrás pra ajudar [...] Agora eu vou atrás, eu ajudo, porque todo dia é dia aproveitar a vida.” BUGANVÍLIA

“Porque a gente tá no mundo da gente e a gente não sabe o quê que acontece. Aí com a doença a gente vê que [...] Não é só aquele mundo que a gente vive. Sou professora de crianças, então a gente fica meio distante de certas crianças. Aquela meio preconceituosa, sabe? Então eu creio que me deu mais vontade de reagir nessa [...] Nessa [...] Temporada de ficar doente.” JASMIM

“Se eu passei por isso, se eu recebi essa provação, é porque eu tinha que ter [...] Eu tinha que passar por essa situação, entendeu? Até mesmo pra dar mais valor à vida. Viver a vida de uma melhor maneira possível. O medo e preocupação, nossa, só faz [...] Só faz ficar falta de juízo na nossa alma, entendeu? No nosso dia-a-dia [...] Resumindo, eu entendi que não é nada difícil. A gente tem que dar valor até mesmo os momentos difíceis. A gente tem que dar valor a tudo, tudo. Hoje no depois, do depois, do depois, eu me vejo uma pessoa, eu sou normal!” VITÓRIA RÉGIA

“Esperança é a última que morre. A gente aprende [...] Dar valor [...] Hoje eu to ‘desinquieta’, pra trabalhar, não tenho estudo, né?” PÉ DE ROSA

“E se algo der errado, não é culpa do médico, mas da doença. E se Deus permitir naquela hora, a gente vai. Eu tinha até raiva do doutor, mas hoje em dia eu consigo, eu entendo. Quando tem que acontecer, acontece! [...] Ah, eu acho que to mais feliz agora, mais feliz. Graças a Deus. Eu era muito esquentada, nervosa, hoje não, hoje eu tenho mais calma. Eu era explosiva! Hoje não, hoje eu to mais calma, eu converso mais, eu aconselho as pessoas. Eu to ótima agora.” ROSA VERMELHA

“Ah, eu mudei. Aprendi.” *(em relação à ingestão exagerada de bebida alcoólica. Após a vivência da doença, parou de beber)* ORQUÍDEA II

#### 7.1.4.2 Agora Sim: o Novo “Ser-Eu”

Toda a vivência e a reflexão sobre ela traz além de ensinamentos a convicção da força que existe em cada uma dessas mulheres mastectomizadas. O momento de superação traz a certeza de que o pior passou e que ele até foi em alguns momentos “divertido”, mas que agora, tudo está sobre controle e que só tende a melhorar:

“Eu acredito que [...] que eu vou vencer [...] Que eu, eu não vou sair [...] Eu JÁ sai dessa” [risos] ROSA

“Ah eu me curti demais careca, eu fiquei linda! E pra quê que eu quero peito? As Amazonas naquela época não tiravam as mama? Uma das ‘mama’ pra poder atirar a flecha? Pois é, eu me senti mais mulher [risos] mais mulher [...] Eu nunca pensei se meu marido ia gostar ou não. Eu sou linda! Todo dia eu prestava atenção em mim, eu olhava no espelho e falava ‘Você é a mulher mais linda’. Aah eu me amava careca.” BUGANVÍLIA

“A minha cabeça é muito bem, porque ela funcionando bem, tudo vai funcionar. A recuperação é mais rápida.” JASMIM

“Eu me aceito como eu sou!” VITORIA RÉGIA

“Eu me aceito como eu sou!”

*Vitória Régia* (participante da pesquisa)

## 8 SÍNTESE COMPREENSIVA

Entendendo que a linguagem, expressa na fala, é vista na Fenomenologia Existencial como a morada do ser (Forghieri, 2004) e buscando uma temporalização nas entrevistas realizadas com as mulheres mastectomizadas e integrantes do GAMMA e de sua estruturação em categorias, foi possível construir uma síntese compreensiva de forma a compreender como elas experenciam o fenômeno de “ser-mulher-com-diagnóstico-de-câncer-de-mama”, objetivo deste estudo.

O momento da comunicação do diagnóstico de câncer na mama é caracterizado pela difícil aceitação e compreensão por parte da paciente e de seus familiares. Nota-se uma reluta em falar o próprio nome da doença que agora passa a ter o codinome “a doença”.

O sofrimento deste momento é tão intenso que há uma dificuldade em expressá-lo em palavras. Quando relembram o vivido, as entrevistadas tendem a usar termos como “eu descii”, “é de doer a alma” e “foi como se o tempo parasse”, para expressar o tamanho do impacto sentido.

A partir daí surgem os medos quanto ao quadro nosológico e quanto ao que ainda será enfrentado: o medo da cirurgia; os mitos que envolvem o tratamento, como o aumento do risco de morte durante a quimioterapia; o medo de ficar aleijada, perder suas funções motoras e saúde, ou até mesmo perder a vida.

Durante as entrevistas e ao lembrarem-se destes momentos, a externalização das angústias, dores e sentimentos se deram por meio de expressões faciais de sofrimento, tristeza, choro e até mesmo na forma de um olhar fixo em meio a nada e para lugar nenhum. Este olhar que acompanhava a pausa da fala da entrevistada, por segundos ou até mesmo minutos.

Mas até então, as pacientes apenas vivenciaram suas expectativas quanto ao futuro, ao desconhecido, sendo que as perdas físicas ainda estavam por vir através da mastectomização e da perda de cabelo e pelos durante a radioterapia e quimioterapia.

Este medo de vivenciar o desconhecido as levam a um comportamento comum que é o de negar o diagnóstico da doença ou mesmo confrontar o médico quando este lhes fala da perda de cabelo durante a quimioterapia.

Uma segunda etapa de suas vivências é a cirurgia em si, que é temporalizada<sup>24</sup> com bastante dificuldade. Falar o acontecido e relatar o sentido, muitas vezes leva estas mulheres a

---

<sup>24</sup> Temporalizar: ato de trazer o passado para o presente lembrando a situação vivida e demonstrando as sensações sentidas, como uma forma de compreensão de ser-hoje.



se calar ou gaguejar, como que em uma busca perdida de reencontrar-se a si mesma em meio a dor vivida. Neste momento em que elas tentam falar da cirurgia e consequências, é como se elas não conseguissem enxergar a si mesmas ou se encontrar em seu passado. É como se apenas vissem e sentissem a dor experienciada.

Mas o fatídico acontece, e só lhes resta viver e buscar reerguer-se física e emocionalmente. O pós-operatório, assim como as outras etapas, é vivido com o receio em olhar-se, com o medo de não reconhecer-se. Algumas pacientes demoram em média de uma semana a dois meses para olhar sua imagem no espelho, e outras para retirar a toalha de sobre o ombro que encobre a mama removida.

O achar-se diferente toma conta da vida dessas mulheres e traz consigo o medo de se tornar incapaz de realizar atividades que antes eram feitas normalmente. Estas atividades vão desde aos afazeres diários domésticos e/ou trabalhistas, até a vida sexual com seus parceiros.

As definições mais usadas sobre como se sentiram no pós-operatório dizem respeito aos sentimentos de vergonha e constrangimento, e às sensações de um vazio no lugar da mama retirada, de sentir-se “pequena como um grão de mostarda”, ou sentir que “a alma chora”.

Nesta etapa, entre mastectomia e quimioterapia, ainda é possível encontrar reações de culpa ao profissional da medicina, que “deveria ter feito a cirurgia antes”, como se isso fosse uma forma de evitar os transtornos sentidos e vividos atualmente.

Mas neste mesmo período e em algum determinado momento, algo interessante acontece: muitas dessas mulheres que se diziam antes somente olhar para suas próprias vidas, passam agora a perceber o outro, a sua existência, e a importância da existência desse outro. O que antes nem lhes era percebido, lhes trazem agora sentimentos: o sofrimento do outro, a dificuldade que ele passa com sua doença, e até o sofrimento pelos familiares daqueles que chegam a falecer.

E então se inicia uma fase de “com-viver com a perda”, onde diversas estratégias de superação são criadas e “re-criadas” e onde em meio a essa nova percepção, de que existe um mundo além de si, de que existem outras pessoas que passam pela mesma situação, nasce uma força e uma vontade de luta contra todos aqueles males que as estão acometendo.

Cada mulher elabora sua estratégia de superação baseada em suas crenças pessoais e no apoio que recebem. Grande parte delas levam a Deus os agradecimentos por enfrentarem o câncer e suas sequelas; e outra parte, além de Deus, agradece o apoio vindo de seus familiares, amigos, do grupo GAMMA e dos profissionais do hospital FCECON.

Toda dor, agonia e sofrimento causados pela cirurgia e pela químio e radioterapia passam a serem vistos como suportáveis e como processos que levam à cura. A mama que

antes, para a grande maioria das entrevistadas, era dolorosa de ser retirada, agora é vista como algo necessário para que a doença se “vá”<sup>25</sup>; e a perda do cabelo, base de uma vaidade estética, passa a ser vista como algo que “cai e nasce de novo”.

Como estratégia de enfrentamento e superação, Deus e a religiosidade aparecem em nove, dos dez depoimentos; e após leitura e releitura de todas as entrevistas ficou claro que a entidade divina recebe destaque associado a diferentes tipos de apoio mundanos, sendo em sua maior parte o apoio da família, dos amigos e do GAMMA.

Mas é curioso observar que os apoios família e GAMMA quase nunca andam juntos: na falta do apoio de um desses grupos, a paciente recorre ao outro; onde há falta de apoio, há uma mágoa relacionada.

O divórcio se apresenta como comum na vida dessas mulheres mastectomizadas, onde na maior parte das divorciadas, o mesmo se deu após a cirurgia, onde o marido “não sabia como agir” em relação à situação e com a esposa, ou simplesmente as trocou por uma amante, aumentando ainda mais a mágoa.

Outros parentes que dividem as queixas pela falta de apoio são os filhos, irmãos e mães (em ordem de aparecimento de maior quantidade de falas relacionadas à menor quantidade).

Nenhuma falta de apoio é relacionada aos amigos (grupo social<sup>26</sup> e GAMMA); ao contrário, os amigos sociais e o GAMMA são sempre referenciados de forma positiva. O grupo GAMMA tende a ser visto como algo formado não por pessoas, mas por amigos; amigos que as entrevistadas se perceberam como similares e passaram a fortalecer seus laços de convivência regados pela “vontade de ajudar o próximo” como é expresso em relato.

Uma mudança na forma de ver a vida passa também a fazer parte da história dessas mulheres e a modificar a dinâmica de suas vidas. Muitas delas começam a destinar um tempo de suas convivências familiares ao próximo, e a dedicar suas vidas, ou parte delas, àqueles que sofrem com o câncer, e em especial com o câncer por elas vivenciado, o de mama. Parece surgir aí um encontro de si no outro, este si, que após a cirurgia não era reconhecido em si mesmo. Agora, ele passa a fazer parte também do outro.

Assim, diante do sofrimento de outra mulher, acolhê-la e fazê-la compreender que ela não está sozinha, que uma está ali para ajudar a outra, que ali existe um grupo para dar força,

---

<sup>25</sup> Importante salientar que uma pequena parte das entrevistadas, mesmo antes de se submeterem à mastectomia, já possuíam este tipo de pensamento.

<sup>26</sup> Aqui, entende-se por grupo social, aqueles amigos e/ou colegas de qualquer época de vida que não possuem laços consanguíneos com as entrevistadas.

para que ela não se sinta desamparada, leva a uma divisão de angústias, medos e trocas de informações. E que juntas, podem lutar, perseverar e confiar na equipe médica e em Deus.

Mas ao mesmo tempo, e mesmo com todo o apoio recebido, essas mulheres demonstram por palavras, gestos e expressões, que suas vivências foram dolorosas e que ainda suscitam grandes emoções; como expressa claramente Jasmim ao dizer que o corpo “*não fica multilado. Fica a nossa mente, mas fisicamente não fica*”.

Lembrar os momentos passados é sempre muito difícil e segurar o choro é praticamente impossível. Nesse momento, aparecem as justificativas ao vivido, que dão à doença uma conotação positiva; algo que veio para ensiná-las alguma lição e melhorar suas qualidades de vida.

Ver a doença como um ponto de partida de transformação ajuda a lidar com as pessoas que possuem certo tipo de preconceito, a perdoá-las ou simplesmente não se deixar atingir/sofrer por seus comentários e atitudes.

Além disso, quando essas mulheres passam a refletir e entender o porquê de tudo isso ter acontecido justamente com elas, surgem mudanças no olhar a vida, no olhar a si e ao outro. Lições de vida<sup>27</sup> são ditas como aprendidas e vistas como geradoras de mudanças e melhoras.

O que antes doía, agora não dói mais, apenas reflete a emoção do fenômeno vivido. O momento de superação é expresso por palavras, entonação e gestos que nos levam à certeza junto a elas, de que o pior passou, de que tudo está sobre controle. Superar não é esquecer, mas lembrar e não sofrer, na certeza de que tudo mais pode ser enfrentado e vencido.

---

<sup>27</sup> Paciência, humildade, calma, amor, compaixão e ajuda ao próximo, valorização da vida e da religião.

“Eu aprendi a amar as pessoas, a me amar. Sabe? [...] Amar as pessoas, ajudar as pessoas. Isso eu aprendi. Ter amor.”

*Rosa Sem Espinho* (participante da pesquisa)

## 9 ANÁLISE COMPREENSIVA A PARTIR DA PSICOLOGIA FENOMENOLÓGICA EXISTENCIAL

A partir das entrevistas fenomenológicas realizadas em campo e remontando ao que Merleau-Ponty (1999) chama de “o primeiro ato filosófico”<sup>28</sup>, a seguir, baseada em autores e estudiosos da Fenomenologia Existencial, foram elaboradas observações e interpretações dos dados obtidos na pesquisa de campo, relacionando-as à teoria supracitada.

Merleau-Ponty (1999) em sua publicação “Fenomenologia da Percepção” aborda a fenomenologia como o estudo das essências e afirma que para o entendimento de todos os problemas vivenciados, é necessário voltar-se para as essências: a contar: a essência da percepção e a essência da consciência.

Na visão do autor, a fenomenologia como filosofia repõe as essências na existência a partir da compreensão do homem e do mundo inseridos na sua “facticidade”; e que, enquanto ciência, baseia-se no ato de descrever, e não de explicar ou analisar.

Para Merleau-Ponty (1999) o mundo é aquilo mesmo que nós nos representamos, é como nós o sentimos. O sentir é a comunicação vital através dos órgãos dos sentidos<sup>29</sup> com o mundo que se torna presente para nós, e é também o meio pelo qual o objeto percebido e o sujeito que percebe se entrelaçam.

A noção de sensação, uma vez introduzida, pode falsear a análise da percepção, do entender; pois uma “figura” sobre um “fundo”<sup>30</sup> possui muito mais contornos dos que são vistos. Ou seja, uma situação qualquer, possui muito mais signos e significantes que os olhos e a sensação externa – de outra pessoa que não a que passa pela situação – possa captar.

Ao vermos uma pessoa doente de câncer, seja essa pessoa próxima ou não do nosso convívio diário, de acordo com a fenomenologia da percepção, apenas vemos a pessoa e imaginamos sentir o pesar que esta sofre; e Merleau-Ponty (1999) com sua teoria, nos mostra que, somente quem vivencia a situação, somente quem possui o câncer, é que pode realmente descrever o que sente, o que vive, e o quanto isso lhe aflige ou não.

É necessário olhar o outro não com nossos olhos, mas tentar olhá-lo com seus próprios olhos; e neste sentido, a pesquisa foi desenvolvida com um olhar fenomenológico, numa

---

<sup>28</sup> Primeiro ato filosófico: retornar ao mundo vivido (no passado) através das lembranças, a fim de reencontrar os fenômenos e restituir os seres à sua maneira de tratar o mundo, despertando a percepção sobre o que lhe aflige ou não, e desenvolvendo a capacidade de olhar o outro não com os próprios olhos, mas os olhos desse outro, e assim compreendê-lo.

<sup>29</sup> Órgãos dos sentidos: olhos (visão), pele (tato), língua (paladar), nariz (olfato) e ouvido (audição).

<sup>30</sup> Figura e fundo: termos aferido da *Gestalt* pelo autor, e que representam todas as situações observadas pelo sujeito: onde a figura refere-se ao foco de visão (aquilo que lhe chama a atenção na situação); e o fundo, à todas as outras coisas (objetos e/ou pessoas) que são coadjuvantes à situação.

tentativa de ver e descrever o mundo fatídico do câncer de mama a partir de mulheres mastectomizadas.

Descobrir-se possuir o tumor do câncer de mama é sempre um impacto, mesmo que a pessoa já desconfie estar doente. A partir dos relatos das entrevistadas ficou perceptível que a cada estágio do “ser-doente” – descoberta, cirurgia, tratamentos pós-operatórios – é vivenciado com bastantes angústias e incertezas. Essas mulheres descobrem-se finitas e passam a temer, segundo elas, “o escuro que está à frente”.

Para a fenomenologia, de uma forma geral, existem diferentes maneiras de existir enquanto “ser-no-mundo”. Os termos classificatórios mudam de acordo com os teóricos, mas as definições em si desses termos, possuem similaridades.

Sob ótica de Merleau-Ponty (1999), o mundo é inseparável do sujeito, mas de um sujeito que não é senão projeto deste mundo, e o sujeito é também inseparável do mundo, mas de um mundo que ele mesmo projeta. O autor utiliza a mesma terminologia de sujeito de Martin Heidegger: para ele, o sujeito é um “ser-no-mundo”, e o mundo permanece "subjutivo", já que sua textura e suas articulações são desenhadas pelo movimento de transcendência do sujeito.

Neste existir no mundo, Heidegger (2005-I) alude a forma de existir preocupada, e a divide em dois tipos: o primeiro diz respeito ao modo de preocupação em substituir o outro/doente, e assumir suas ocupações e/ou cuidar demasiadamente dele. Muito comum em ver esse tipo de atitude em alguns parentes que assumem os afazeres diários antes realizados pela entrevistada e até passam a ter certo cuidado exagerado com ela, como por exemplo, fazendo-a evitar olhar-se no espelho.

A segunda forma de preocupação diz respeito àquele que um Ser não substitui o outro, mas se antepõe a este, com o objetivo de colocá-lo diante de suas próprias possibilidades existenciais de ser, levando-o a cura. Aqui, podemos citar aqueles parentes e amigos que não colocam a mulher mastectomizada no “papel de vítima” e de incapaz, mas sim àqueles que ajudam essas mulheres a ver que existe vida ativa mesmo que não haja mais uma mama; mostrando a elas que elas são capazes de levar uma vida normal e de serem felizes.

Forghieri (2004), pedagoga, psicóloga e estudiosa da Fenomenologia, enfatiza três maneiras existir: preocupada, racional e sintonizada. A maneira preocupada geralmente se transforma em vivências de angústia; a racional consiste na necessidade de analisar e conceituar as experiências cotidianas; e a sintonizada é a vivência em harmonia com o próprio modo de existir.

Desde que se descobrem doentes, até a ocasião em que consideram ter superado todo sofrimento vivido, é possível observar que as entrevistadas passaram pelos três períodos acima citados.

A existência preocupada se dá a partir do momento em que elas recebem a confirmação do diagnóstico da doença e a notícia da necessidade em submeter-se à mastectomia. Neste exato instante, imersas em angústias, passam a se perguntar sobre o futuro e surgem diversos tipos de medos, como o de morrer, ou ficar aleijada, ou de nunca mais poder voltar às atividades em suas rotinas.

Essa existência preocupada perdura por todos os momentos, pois elas sempre tendem a se perguntar sobre o que vem a seguir: o que acontece após a cirurgia? O que acontece após a primeira quimioterapia? E quando meu cabelo cair, como vou me sentir? O que acontece após quatro anos a contar da cirurgia? Vou conseguir voltar a trabalhar? Vou conseguir manter minha vida sexual ativa? Ainda vou ser desejável? Ainda vou ser mulher?

Na existência racional, as mulheres mastectomizadas começam a racionalizar suas experiências, buscando e encontrando respostas sobre o porquê de passarem por toda essa situação. E assim, desvendam motivos (por vontade de Deus, por culpa delas mesmas ou de outras pessoas) e aprendizados que chamam de “lições de vida”<sup>31</sup>, que as levam a entrar na forma de existir sintonizada, onde se aceitam e sentem muitas vezes até mais felizes do que antes de terem descoberto a doença.

Em análise à teoria de Heidegger (2005-II) e entendendo que o *Dasein* é o Ser lançado no mundo a todas as possibilidades da existência, e que o caminho para se chegar ao sentido do Ser<sup>32</sup> é a reflexão; é possível encontrar concordância com a teoria de Forghieri (2004) sobre a maneira de existir racional: é a partir dessa reflexão ou racionalização que as mulheres integrantes do GAMMA encontraram respostas sobre o porquê de vivenciarem tal situação (o câncer de mama e a mastectomia) e conseguiram seguir o caminho da superação.

Segundo Castro (2009), de acordo com o pensamento heideggeriano não existe homem sem mundo, e é só a partir da visualização do homem inserido “no-mundo” que é possível falar ou compreender algo desse homem. Com base nessa afirmativa e em busca de compreender as entrevistadas e suas falas enquanto “seres-no-mundo”, também foi levado em consideração que os estados de humor das mesmas (tristeza, alegria, raiva) desvelam como esse mundo as afetam e como essas mulheres vivenciam e se deixam afetar-se pelo mundo.

---

<sup>31</sup> Lições de vida: citadas no tópico “Síntese compreensiva”.

<sup>32</sup> Sentido do Ser: neste trabalho entendido como a superação da doença e de todas as situações dolorosas ou vistas como negativas, vivenciadas em decorrência do câncer, da cirurgia e dos tratamentos pós-operatórios (quimioterapia e radioterapia).

Este, que na concepção de Heidegger (2005-I), apresenta três distinções: o mundo circundante, o mundo das relações, e o mundo pessoal.

O mundo circundante equivale ao cotidiano; ou seja, a vivência com a doença e com o tratamento. O mundo das relações caracteriza o “ser-com-o-outro”, o relacionar-se com as pessoas conhecidas e desconhecidas. O mundo pessoal refere-se à relação do Ser consigo mesmo, com sua consciência na busca do desvelar-se.

Em suma, não importando o termo utilizado pelos autores da Fenomenologia, o pensar sobre a própria vivência (reflexão/racionalização), o sentir-se como um “ser-no-mundo” e o entender sua finitude neste mesmo mundo, seria um dos caminhos possíveis para a superação de vivências percebidas como dolorosas? Ponto de interrogação este, que será buscado ser respondido mais adiante.

### **9.1 Quando o Mundo Não Satisfaz: da Angústia à Ressignificação**

Quando o *Dasein* começa a sentir que o mundo não o satisfaz totalmente, que lhe falta algo, surge a angústia, e essa mudança de ânimo como diz Bruns (2007), leva o Ser a empreender um caminho para a autenticidade, aonde ele vai se percebendo como “ser-si-mesmo”, projetando-se num mundo de possibilidades e voltando sua atenção para si.

Para Castro (2009) de acordo com seu modo de existir, o Ser pode viver em dois estilos: inautêntico ou autêntico. A inautenticidade acontece quando o Ser se distancia de sua condição real ao distrair-se dela enquanto um ser mortal; e a autenticidade, quando ele passa a conviver com sua condição enquanto “ser-para-a-morte”.

A morte em nossa sociedade atual tende comumente a ser visualizada como algo que acontece na velhice, e seguindo os conceitos fenomenológicos, é como se a maioria dos seres (aquele que não visualizam a morte como fim certo e que pode ocorrer a qualquer momento de nossas vidas e em qualquer idade) vivessem em inautenticidade.

O que foi facilmente identificado nas entrevistas, onde as participantes citaram que apenas quando souberam da doença e da necessidade de se submeter à cirurgia<sup>33</sup>, é que visualizaram a existência e a proximidade da morte. A partir deste momento, tornaram-se seres autênticos vivendo a autenticidade de serem “seres-no-mundo-para-a-morte”.

---

<sup>33</sup> Ao descobrirem-se doentes, as participantes perceberam que algo em suas vidas já não lhes satisfaziam mais, surgindo assim a angústia em suas vidas.



Em outras palavras, enquanto seres que ainda não haviam se deparado com a possibilidade da morte, as participantes se encontravam em estado de inautenticidade. A partir do momento em que passam a conviver com a possibilidade desta – da morte – e até a aceitá-la, tornam-se seres autênticos conscientes de serem para morte (este visto como a única certeza de nossas vidas).

Bruns (2003) em similaridade com a teoria de Forghieri (2004) menciona a angústia como fenômeno existente na vida dos seres, e a expõe como um marco que tende a conduzir as pessoas à transformação da inautenticidade à autenticidade como cita Castro (2009).

Com base nas afirmativas acima, podemos dizer que a angústia é a propulsora das transformações dos Seres, pois somente quando esta é sentida, que o sujeito passa a se questionar e a buscar respostas e/ou melhoras para a sua vida. Assim o foi com algumas entrevistadas, como Rosa Vermelha<sup>34</sup>, por exemplo, que somente ao ver-se doente começou a questionar sobre sua qualidade de vida, e o quanto que isso pôde contribuir no desenvolvimento da doença.

Heidegger em “Ser e Tempo - Parte I” (2005) faz uma referência ao ente (fenômeno/ser) que muitas vezes pode se mostrar como aquilo que, em si mesmo, não o é. Ou seja, mostra somente uma aparência de si; o que foi verificado em alguns discursos das participantes nos momentos de contradições<sup>35</sup> e, não possível de mostrar neste trabalho, mas passível de citação, as emoções externalizadas nas vozes trêmulas e nos choros destas mulheres enquanto dizendo-se fortes e confiantes contribuía à pesquisa com seus depoimentos.

Diante de todas as angústias sentidas e em um momento lidado como aparência (ser o que não o é – não estar doente), algumas participantes disseram realizar uma estratégia que as faziam sentirem-se melhores e que se baseava em simplesmente tentar não pensar no assunto – na doença e nos medos – buscando fazer outras coisas, como ouvir música, cantar, ou caminhar; a fim de distraí-las de seus pensamentos negativos.

Para Heidegger (2005-I), isso se caracteriza como uma fuga fundada no temor daquilo que desencadeia o próprio temor; ou seja, os próprios pensamentos negativos que surgem na consciência dessas mulheres. E essa fuga se dá a partir da angústia que não é somente uma “angustia com”, mas também “angustia por”, ao ver-se como “ser-livre” e de responsabilidade por si mesmo.

---

<sup>34</sup> Ver Categoria III – Subcategoria: O Ser-Doente X o Ser-Culpado.

<sup>35</sup> Ver Categoria III – Subcategoria: Na Busca de Re-Existir, Contradições e Emoções.

Tal pronunciado remete à entrevistada Orquídea I, ao depor que quando descobriu a doença, percebeu que seu marido não sabia como agir com ela, parecendo estar perdido na situação. A entrevistada, em súbito entendimento de “ser-livre” e responsável de si mesma, optou pelo divórcio sob a justificativa de que “*Tenho que estar com uma pessoa que me ajude que some do meu lado.*”<sup>36</sup>

Mediante a vivência de situações como a que foi citada e muitas outras que surgem em decorrência de estar doente, a angústia vai pouco a pouco deixando de existir na medida em estas mulheres percebem sobreviver a elas; e assim vão começando a ver-se e sentir-se cada vez mais fortes e vitoriosas.

No entendimento da Fenomenologia da Percepção, isso acontece porque que estas mulheres – mastectomizadas – reaprendem a olhar-se e a sentir-se. Como diz Merleau-Ponty (1999), a adquirir certo estilo de visão e um novo uso do seu corpo.

Esta é uma etapa muito difícil suas vidas, já que, como vimos anteriormente, algumas delas após a cirurgia tendem a se sentir multiladas e demoram semanas para olharem-se no espelho ou para se sentir à vontade consigo e com o novo formato corporal. Mas de acordo com Merleau-Ponty (1999), neste momento de reorganização do esquema corporal, é formado um novo nó de significações cerebrais e psicológicas, onde os movimentos antigos integram-se a uma nova entidade motora; e os dados da visão, a uma nova entidade sensorial, cujo advento reorganiza o equilíbrio e preenche uma nova expectativa de significações; estando estas mulheres neste momento, sentindo-se preparadas para olharem-se no espelho, para tirarem a toalha que encobre o “vazio” da cirurgia, e para recomeçar suas vidas sociais e sexuais.

Esses passos, que elas consideram grandes e verdadeiras vitórias em suas vidas, são positivamente estimulados pelas pessoas mais próximas e queridas. O outro ou os outros seres tem vital importância nesse momento de construção e ressignificações. Sentir-se amparadas lhes estimulam a lutar contra a doença.

## **9.2 A Cura e a Superação**

De acordo com Heidegger (2005-I), o “ser-no-mundo” se torna passível de cura quando em “co-pre-sença” de outros seres, já que para o autor, a cura e o seu processo não

---

<sup>36</sup> Ver Categoria III – Subcategoria: Quando Falta o Apoio: a Solidão e a Mágua.

indicam uma atitude isolada do “eu consigo mesmo”; mas sim, o “ser junto a”. O que é observável em grupos de apoio e/ou terapêuticos.

O GAMMA, enquanto grupo de apoio e através dos encontros semanais, possibilita aos seus integrantes, onde todos encontram-se dentro do mundo com preocupação (“seres-preocupados-com”), encontrarem-se fora si, ou mesmo “re-encontrarem-se” no outro. Este outro Ser que passa por problemas e angústias similares e que também busca o conforto e a cura.

Ao ver e compreender que outras pessoas sofrem, e muitas vezes sofrem até mais que si, e que outras pessoas superam este sofrimento e ainda, que outras se curam da doença; as integrantes do GAMMA tendem a desenvolver um sentimento de esperança que faz surgir dentro de cada uma dessas mulheres o querer, o desejo, a vontade e a força de curar-se.

Falar de suas vivências dentro grupo, compartilhá-las com outras mulheres, também as fazem sentir-se “mais úteis” ou heroínas, capazes de ajudar as outras pessoas, e conseqüentemente mais seguras de si e confiantes.

Tudo isso pode ser corroborado nas palavras de Heidegger (2005) em “Ser e Tempo” – Parte I quando o autor enfatiza que não há compreensão sem interpretação, que o Ser possui uma propensão para viver, uma inclinação à vida, que traz por si mesma o impulso; e que, portanto, compreender e interpretar são estados existenciais básicos do *Dasein*, do seu “ser-no-mundo”.

É nesta inclinação que as participantes tendem a superar todas as dores e sofrimentos vividos; pois como também disse o autor acima citado, tanto o querer e o desejar estão enraizados numa necessidade ontológica. Estas mulheres mostraram querer e desejar muito a cura física e a superação emocional, despoitando em busca do sentir-se bem, do amar a si, não importando se lhes falta uma parte do seu corpo. A sensação emocional de sentir-se bem acima dos danos físicos causados pela mastectomia foi revelando-se pouco a pouco nas entrevistas, no estágio em que elas encontravam-se submetidas às sessões de quimioterapia.

O sentir-se bem ou a sensação boa, ou ainda como diz Merleau-Ponty (1999), a “boa forma” não existe por ser algo metafisicamente comprovado, mas sim porque é dessa forma que está realizada nas experiências vividas por elas. O fato das entrevistadas, em certo momento, mostraram-se não mais sofrer pela doença e suas conseqüências, não acontece por seguir uma regra ou algum tipo de lei onde a seqüência seria “ficar doente, sofrer, superar”; mas sim porque essas mulheres incidiram suas atenções para si mesmas e assim, passaram a realmente sentir e enxergar o momento vivido como algo bom, onde todas as tristezas tornaram-se esquecidas e superadas.

A atenção para Merleau-Ponty (1999) é um poder geral e incondicionado, pois a cada momento ela pode dirigir-se indiferentemente a todos os conteúdos da consciência, e até mesmo aos conteúdos que então eram apenas conhecidos pela consciência, mas que não haviam sido percebidos pela atenção.

Foi comum encontrar nas entrevistas realizadas em campo, depoimentos sobre situações que antes passavam despercebidas ou mesmo não recebiam devida atenção da entrevistada, como por exemplo, na fala de Jasmim<sup>37</sup> quando ela afere que após ficar doente e passar por certas situações devido ao câncer, percebeu que quando professora de crianças, agia com certo preconceito com algumas, evitando-as. Tal reflexão levou a mudar sua forma de agir com as pessoas, o que corrobora com a colocação de Merleau-Ponty (1999) que a atenção dada à determinada alínea supõe uma transformação do campo mental; ou seja, uma nova maneira de estar no mundo e de estar presente aos seus objetos.

Diante de todas as mudanças físicas, emocionais e sociais, lidadas desde o momento em que descobriram estarem com câncer, até o momento atual de pós mastectomizadas, as entrevistadas estruturaram e reestruturaram diversas vezes suas formas de ver o mundo e de estar inseridas nele. Sendo essas reestruturações possíveis a partir da capacidade reflexiva frente à facticidade vivenciada, o que, de acordo com Merleau-Ponty (1999) também condiz com a definição de juízo.

Entendendo a partir das palavras do autor, que a percepção é o pensamento de perceber e entender, e que o juízo é um julgamento introduzido como aquilo que falta à sensação para tornar possível uma percepção; ou seja, uma interpretação do que foi sentido; essas mulheres, no momento em que refletiram e refletem sobre suas vidas, através do desenvolvimento de um juízo crítico, são capazes de melhor perceber/interpretar as sensações emocionais a que foram acometidas desde o descobrimento do câncer.

Após a mastectomia, quando elas olham o seus corpos no espelho pela primeira vez, corpo este entendido por Merleau-Ponty (1999) como “o objeto”, há a formação de uma imagem nas retinas oculares; e no centro ótico a imagem retiniana se desdobra em outra imagem; mas segundo descrição do autor, ali “*só existem coisas para ver e ninguém que veja*”. Para que “o objeto” possa existir em relação ao sujeito, para que essas mulheres possam se ver e aceitar seu novo contorno corporal é necessário uma reflexão, e que este ato reflexivo seja inteiramente doado de si mesmo, para que enfim, estas mulheres sejam aquilo

---

<sup>37</sup> Ver Categoria IV – subcategoria 6.1.4.1 Entendendo a vivência: uma reflexão sobre a auto-existência

que têm consciência de serem: um ser humano normal, que é capaz de ter uma vida normal, mesmo que lhe falte um pedaço de si.

A partir dessa capacidade, de reflexão ou racionalização, as entrevistadas conseguem encontrar-se como “seres-no-mundo”, cientes de “serem-para-a-morte”, mas que enquanto vivem, são capazes de descobrir bons motivos para serem felizes.

Visto que para Merleau-Ponty (1999), pela percepção desenvolvida mediante juízo crítico, há o surgimento de um mundo verdadeiro e exato, pode-se dizer que estas mulheres, no momento que se mostram felizes e de bem consigo, com o mundo, com a morte e com a vida; encontraram sua cura: a superação.

“Resumindo, eu entendi que não é nada difícil. A gente tem que dar valor até mesmo os momentos difíceis. A gente tem que dar valor a tudo, tudo. Hoje, no depois do depois do depois, eu me vejo uma pessoa, eu sou normal!”

*Vitória Régia* (participante da pesquisa)

## 10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi um assunto no mínimo fascinante, compreender a vivência em mulheres mastectomizadas participantes do GAMMA e precursor de numerosas interpretações que não se esgotam neste trabalho, mas que se estendem em *insights* e ideias de futuras pesquisas e aprimoramentos, que serão expostos mais adiante.

Lidar com o método fenomenológico de pesquisa em psicologia foi inicialmente considerado difícil, vista a complexidade da grandeza de detalhes e observações necessárias que esta ciência traz e exige no estudo de seu objeto, o Ser. Porém, com o gradativo desenvolvimento da pesquisa e estudo, a técnica utilizada desdobrou-se como uma sintonia musical harmoniosa e desvelou-se como valioso instrumento de compreensão do Ser e de seu olhar sobre sua vivência.

Ao adentrar a FCECON logo percebi que ali obteria histórias comoventes de vitória e lições de vida, que quadrariam não somente as entrevistadas, mas todos aqueles que tivessem acesso a elas, essas histórias.

Levar uma vida considerada normal até o momento em que se olham no espelho ou em que se tocam e perceber que o seio já não é mais o mesmo, que não está igual por possuir um aspecto repuxado ou por sentir a presença de um “caroço” onde não existia nada, é o momento precursor de dúvidas e angústias. A partir de então as mulheres entrevistadas passaram a procurar ajuda médica, umas mais rápido do que as outras, e receberam o diagnóstico da doença: o câncer.

Descobrir ou confirmar suas suspeitas de que se está com câncer não é uma notícia fácil. Ao receber o diagnóstico, muitas se dizem “perder o chão”, sentir o tempo parar, sendo tomadas por várias sensações como o desespero e a angústia que as levam muitas vezes a negarem que estão doentes. O que caracteriza uma defesa temporária que serve de para-choque diante de notícias inesperadas e chocantes, como podemos ver nos depoimentos a seguir:

“Porque eu também tinha uma impressão dentro de mim que ‘Ah eu não to com essa doença não’. Que o médico tava mentido pra mim. Não acreditava também e os outros também falavam isso que era mentira.” ROSA VERMELHA

“A médica disse que o cabelo ia cair com 15 dias, aí eu disse ‘Não vai cair meu cabelo!’, aí ela ‘Vai!’. Eu fiquei muito triste, fiquei revoltada, porque ficava, porque [...] Ficava, né?” ORQUÍDEA II

Descobrir uma doença que traz tanto medo à nossa sociedade, uma doença considerada fatal por muitas pessoas; é como se fosse um anúncio de morte. Mas passado o impacto inicial causado pelo diagnóstico do câncer, dúvidas, angústias e medos vêm à mente dessas mulheres sobre o futuro a ser vivido, pois ao serem lançadas no mundo da doença chamada câncer, torna-se comum pensar coisas antes não levadas em consideração, como o risco de morte.

Para Cyrulnik (2004), neste momento, a angústia passa a ser uma constante na vida dessas mulheres frente à possibilidade do inevitável, o que as fazem refletir sobre a finitude, o limite de “ser-humano”; ao mesmo tempo em que, para o autor, outra situação passa a se fazer presente, a possibilidade de aprender sobre a doença.

As entrevistadas durante as conversas informais<sup>38</sup> mostraram ter obtido conhecimentos técnicos e científicos sobre o câncer através de pesquisas na internet, em conversas com os profissionais do hospital, e durante as participações das reuniões do GAMMA, onde são debatidos diversos tópicos sobre o câncer.

Esta doença que não atinge somente a pessoa acometida, mas também seus familiares e amigos, já que muitos deles demonstram não saber como lidar com a pessoa doente, que será multilada corporalmente. Pude observar que alguns familiares e amigos estavam presentes em algumas reuniões do GAMMA, mas que existiam muitas mulheres – e não somente me referindo às entrevistadas - que sempre iam às reuniões sozinhas.

Neste tempo entre diagnóstico, cirurgia e tratamento pós-operatório, fica perceptível uma mudança nos laços de convivência familiares. Das entrevistadas, 03 divorciaram-se durante esses períodos, por justamente não receberem o apoio esperado de seus maridos, e 02 salientaram que os seus relacionamentos se fortaleceram e melhoraram depois da descoberta e cirurgia (destaco que são somente as duas pacientes que ainda estavam casadas no período em que as dez mulheres foram entrevistadas).

Das demais participantes, 01 era solteira, 02 já haviam se divorciado antes da descoberta do câncer, e 02 eram viúvas (sendo que uma ficou viúva logo após a cirurgia e afirmou que se relacionamento era harmonioso mesmo quando descobriu estar doente).

E mesmo assim, com ou sem apoio, o fatídico tem que ser vivido e chega o momento de entrar no hospital e ser submetida à cirurgia. Seja entrando pela primeira vez para receber o diagnóstico ou para passar pela mastectomia; o nome Fundação Centro de Controle de Oncologia do Amazonas – FCECON carrega o peso de uma morte para muitas pessoas que o

---

<sup>38</sup> Momento em que não estavam sendo entrevistadas



frequentam ou que lhe adentram pela primeira vez. Como disse Kübler-Ross (2008, p.12) “*O caminho para o hospital é o primeiro caminho da morte*”.

Na mastectomia algumas pacientes não perdem apenas um pedaço de si, mas junto com ela se vão também algumas alegrias e sorrisos. Antes e após a cirurgia, as pacientes tendem a cair em prantos, desespero e depressão; tendem a fugir de si evitando olhar-se no espelho por ter medo do que será enxergado<sup>39</sup>.

Tal situação aflora sentimento de raiva e revolta daqueles que recebem a culpa por terem adoecido, e inveja daqueles que não passam pela mesma situação do câncer:

“Eu tinha um marido e tinha um restaurante com ele. Kelly era casada e se interessou pelo meu marido e ele por ela. Ela tinha um marido, ela tinha 15 anos e era assanhada! Ela beijou ele lá na mesa do café! [...] foi por isso que eu adoeci disso.” ORQUÍDEA II

“Olha no natal eu não fiquei alegre não, eu fiquei triste. Todo mundo brincando e eu ali doente.” PÉ DE ROSA

Em meio a tantas emoções, sentimentos, angústias, dores e limitações físicas, estas mulheres ainda têm um longo caminho a percorrer. Após a cirurgia elas passam a ser submetidas aos tratamentos pós-operatórios (radioterapia e quimioterapia), que da mesma forma do hospital de câncer, são rodeados de conceitos e “pré-conceitos”<sup>40</sup>. Não é fácil chegar ao hospital e ouvir as pessoas comentando que a primeira sessão de quimioterapia decide a vida ou morte dessa pessoa; que, se ela sobreviver à primeira aplicação, as demais serão mais fáceis<sup>41</sup>.

Assim segue-se a aplicação do coquetel quimioterápico, e as reações adversas mais sentidas variam entre náusea, vertigem, ânsia de vômito, cansaço, sono, vontade de deitar e não possuir por um bom tempo forças para levantar, impulsos a se encolher e chorar, entre outros. Mas uma das consequências mais marcantes da química é a queda dos cabelos, cílios e pelos corporais.

---

<sup>39</sup> Uma possibilidade pós-operatória é a colocação do silicone. Essa prótese geralmente só é posta após seis meses da mastectomia e caso seja comprovado via exames médicos que as células cancerígenas tenham sido totalmente erradicadas. Mesmo assim, das dez entrevistadas, 02 afirmaram não pensar em colocar o silicone por medo de o câncer voltar, 01 se mostrou com planos de se submeter à cirurgia da prótese, e as demais (07 entrevistadas) disseram não pensar em colocar por aceitar a si mesmas como são e estão.

<sup>40</sup> Assim escrito por ser considerado literalmente como conceitos pré-concebidos.

<sup>41</sup> Em campo, foi observado que os maiores medos giram em torno da quimioterapia e não da radioterapia. Tal dado não foi investigado a fundo por não satisfazer os objetivos da pesquisa atual. Quiçá, futura pesquisa.

Assim como a mama, o cabelo de uma mulher representa a sua feminilidade e é outro fator que caracteriza mais uma vez a dificuldade em olhar-se no espelho ou a tendência a usar constantemente perucas ou lenços na cabeça. Pela queda dos cílios, as entrevistadas relataram dificuldade em permanecer de olhos fechados e a necessidades de utilizarem tapa-olhos para dormir.

De acordo com Kübler-Ross (2008), existem dois tipos de depressão a partir das formas de lidar com ela<sup>42</sup>: a depressão reativa e a depressão preparatória. A primeira diz respeito àquela em que o paciente entende o porquê de estar depressivo, como por exemplo, ter vergonha de não ter mais os cabelos, e o apoio social vem no sentido de ajudar a pessoa a ficar bem mesmo sem aqueles atributos. A segunda está relacionada a apoio social que, mesmo que o paciente tenha consciência do porquê de estar depressivo, as pessoas que lhe apoiam fogem do foco (a doença) e tendem a preparar o doente a fim de ver as coisas boas da vida e o viver, o lado positivo dos eventos.

Tomadas de sentimentos que lhes parecem contraditórios, raiva e tristeza, além da terapia física – quimioterapia – as pacientes tendem a fazer também uma autoterapia emocional e/ou espiritual em busca de se encontrarem enquanto “seres-no-mundo”.

É difícil andar nas ruas e perceber que os outros lhe olham como estranhas, como diferentes; é difícil perceber-se como estranha. A fim de evitar esses olhares, que muitas vezes também vem delas mesmas, as mulheres mastectomizadas passam a usar o enchimento de sutiã; e este, por algum momento, as fazem esquecer de suas “deficiências”. Mas, algumas dessas mulheres, o momento em que chegam em casa e tiram o enchimento, penduram uma toalha no ombro com o intuito de encobrir a mama retirada; caracterizando mais uma vez a angústia que leva à dificuldade de aceitar-se e ver-se.

Cyrułnik (2004) enfatiza que a angústia e o desespero são as sensações que parecem fazer parte do mundo vivido das pessoas doentes, e que o apoio irrestrito de outros (familiares e/ou amigos) de uma forma geral, traz forças para continuar na “luta” do vivenciado.<sup>43</sup> O que foi comprovado na pesquisa, onde a maior parte das entrevistadas conciliavam suas crenças religiosas com o apoio de parentes e/ou amigos (sociais e/ou GAMMA), em busca do conforto e da força propulsora para continuar a “seguir em frente”.

Para Kübler-Ross (2008) a religião tem um papel singular na aceitação da morte, já que prega a imortalidade através da “vida após morte” e contribui assim para a diminuição da rejeição do risco de morte. Na pesquisa, a religiosidade apareceu sendo vista como um porto

---

<sup>42</sup> Nessa parte é enfatizada a importância do outro no processo de melhora dos pacientes depressivos.

<sup>43</sup> Aqui, a angústia é vista como a abertura do Ser à mortalidade e finitude.

seguro, um suporte para o enfrentamento das “batalhas da vida”. A fé em Deus e a confiança no Ser Superior de que é possível sair do quadro de doença e ter força para seguir adiante, trouxe às mulheres mastectomizadas participantes da pesquisa a certeza da possibilidade de cura, onde a esperança serviu como um pilar de sustentação para os revezes que ocorreram durante todo o tratamento.

Afirmando a fé em Deus, em determinado momento das entrevistas, algumas participantes<sup>44</sup> foram questionadas sobre suas falas de apoio às outras pessoas que recentemente haviam realizado a mastectomia e que começavam a participar do GAMMA; e as respostas encontradas foram:

“Tenha muita fé em Deus que você vai ficar boa.” ROSA

“Tenha fé no Senhor!” ORQÍDEA I

“Pense em Deus, em alegria, e não em tristeza.” LIRIO

“Entregue tudo na mão de Deus.” ROSA SEM ESPINHO

“O teu marido tem quantas bocas? Então pra quê tu ‘quer’ dois ‘peito’?” BUGANVÍLIA

“O peito tem como repor.” JASMIM

“Tem que ter fé. Tem que ir à igreja.” PÉ DE ROSA

Mais uma vez a religião se mostra como importante para o enfrentamento da situação, e como abordado anteriormente, esta, tende a ser acoplada a outros tipos de apoios: familiar, amigos do meio de convivência social e amigo do GAMMA.

Uma tendência observada é a de que quando a paciente possui um apoio em sua família, sua participação no grupo GAMMA se torna menor; e quando a paciente não possui algum familiar que a ajude incentivando-a, esta, tende a ter uma participação mais efetiva no GAMMA, salientando a importância de receber algum tipo apoio.

Assim como na vivência do dia-a-dia do “ser-no-mundo” é comum ter dias tristes, nem todas as experiências no grupo GAMMA são felizes, por mais que futuramente sejam

---

<sup>44</sup> Somente algumas participantes foram questionadas, pois a pergunta em questão (Em uma frase, o que você diz a outra pessoa com câncer para buscar acalmá-la?) não se incluía enquanto objetivo da pesquisa. Essa pergunta foi direcionada àquelas participantes que durante a entrevista mostraram-se mais solícitas e preocupadas em ajudar ao próximo.

vistas como momentos difíceis que trouxeram aprendizados. Testemunhar a morte de uma das integrantes, por exemplo, é uma situação que faz emergir diversas sensações e sentimentos.

Muitas delas choram e sofrem diante da morte de uma “amiga GAMMA”, o que de acordo com Cyrulnik (2004), quando um paciente vive a morte de outra pessoa pela mesma doença que possui, há o fortalecimento do processo de identificação com esse outro e a tomada da dor por parte daqueles parentes que perderam um ente querido. Este processo segundo o autor possui também um ponto camuflado: o da identificação com o falecido e a tendência a aumentar o medo de sua própria morte.

Durante a realização da pesquisa, em duas semanas ocorreu a morte de duas mulheres participantes do GAMMA (uma em cada semana), e foi perceptível a identificação das integrantes com os familiares dessas duas mulheres. A sensibilização com a dor e o sofrimento desses parentes foi citada nas entrevistas de algumas compartes, onde as mesmas mostravam-se abaladas diante do sofrimento dos filhos e maridos. Porém, nenhuma ligação foi feita entre a morte do outro e o aumento do medo da própria morte, o que se faz plausível pensar no ponto camuflado citado por Cyrulnik (2004) <sup>45</sup>.

Como ponderado, as dificuldades não são vivenciadas apenas dentro do grupo; com exceção destes momentos dolorosos, o da morte de uma integrante, o grupo também contribui para as ressignificações psíquicas que levam à superação. Os encontros semanais que abrangem palestras médicas sobre o câncer, bênçãos religiosas e distribuição de cestas básicas, perucas e enchimentos de sutiã, também abordam depoimentos e reflexões sobre estes. Surgindo assim, laços de identificações e amizades, onde o fenômeno de “ser-doente” passa a ser visto como “estar-doente”, já que cada vez mais elas possuem a certa da cura.

Em certa reunião que presenciei, mas que não tive autorização de gravar, pois eram muitas as participantes (muito além das dez entrevistadas), foram levantadas questões sobre os preconceitos sofridos por elas. Algumas relataram que além de se sentirem diferentes sem a mama e os cabelos, as outras pessoas também tendiam a olhá-las de forma diferente e até comportamentalmente a se afastar delas.

Depois de alguns longos minutos de debate, uma conclusão emergiu naturalmente como consequência da reflexão feita por todas: que o diferente não existe que ele é algo definido pelas pessoas, porque mesmo sem uma mama, ou sem as duas, ou sem os cabelos, essas mulheres sentem que seus corações ainda batem, que elas ainda têm vida, e que mesmo

---

<sup>45</sup> Possível possibilidade de pesquisa futura.

com certos limites de movimentos corporais devido à recuperação cirúrgica, são capazes de sobreviver e viver uma vida normal.

Reflexões se tornam cada vez mais comuns, porque somar as próprias experiências às dos outros, o escutar o outro e suas respectivas experiências, ressignificam e modificam a forma dessas mulheres de ver o mundo e de estar nele. Para Kübler-Ross (2008), embora todo homem tente adiar seu encontro com a morte, ele só será capaz de mudar as coisas em sua vida, quando começar a refletir sobre a própria morte.

Em meio autorreflexões, as entrevistadas que se mostraram mais introspectivas foram questionadas sobre o que achavam de ter vivido toda essa experiência do câncer e se tinham alguma ideia do por que passaram por tudo isso. As respostas dadas foram:

“A gente tem que passar. A gente não tá imune, independentemente de cor, credo ou religião.” ROSA

“Nada é por acaso. Deus tem um propósito maior com isso.”  
ORQUÍDEA I

“Deus quis para eu aprender a ter calma.” LÍRIO

“Eu era desviada. Bebia, fumava e dançava.”<sup>46</sup> ROSA SEM ESPINHO

“Para a gente ver que o mundo não é somente aquele em que a gente vive.” JASMIM

“Para dar mais valor à vida e a Deus.” VITÓRIA RÉGIA

“Por culpa do meu marido da época que me traiu e me fez sofrer.”  
ORQUÍDEA II

Nos relatos acima percebemos uma tendência a atribuir a “culpa”<sup>47</sup> do vivido a outra pessoa ou a Deus mediante sua “vontade divina” ou o seu “castigo” para ensinar algo; assim como também encontramos reflexões que são voltadas enquanto “ser-no-mundo”, como são os casos de Rosa, Jasmim e Vitória Régia, de certa forma.

O convívio no grupo GAMMA igualmente suscita o desenvolvimento da empatia pelo outro, de conseguir se colocar no lugar deste outro que também sofre e aprende; o que estimula a muitas das integrantes a assistir aqueles pacientes que estão adentrando o hospital pela primeira vez, e que estão a sentir os mesmos medos que elas sentiram.

<sup>46</sup> Para a entrevistada o câncer veio como um castigo divino para que ela parasse de beber e fumar tanto.

<sup>47</sup> O termo “culpa” é posto entre aspas, visto que as falas não mais denotam raiva ou mágoa.

O olhar o outro e “ser-com-o-outro”, começa a fazer parte desse “ser-no-mundo-com-os-outro”. Acolher essas pessoas as faz sentirem-se mais fortes, vitoriosas, e neste momento, depois de terem enfrentado tantas adversidades, elas se sentem fortes!

Estas mulheres mastectomizadas vão cada vez mais percebendo que seus mundos possuem cores e formas de viver, que suas vidas não são ditadas por um câncer, por uma doença; mas que são elas mesmas (essas mulheres enquanto “seres-livres”) quem ditam suas vidas<sup>48</sup>.

De acordo com Kübler-Ross (2008) a esperança é o sentimento que sustenta os doentes ao longo dos dias, semanas, meses e anos: “*A sensação de que tudo deve ter algum sentido, estimula o desenvolvimento da esperança*”, que somado às experiências de vida e vivências no GAMMA, as fazem sentir-se cada vez mais mulheres e cada vez mais felizes.

Quando questionadas, 07 entrevistadas, afirmaram que se sentem mais felizes e mais mulher após a mastectomia; e 03, que eram mais felizes ou que se sentiam mais mulheres antes da mastectomia. Dessas três últimas mulheres citadas (Lírio, Jasmim e Pé de Rosa), é observável ao ler suas entrevistas na íntegra, que as mesmas carregam consigo algum tipo de culpa:

- Lírio, por sempre ter colocado o celular preso ao sutiã, mesmo quando todos a alertavam para não fazer isso; o que leva a mesma crer que tal atitude contribuiu para o aparecimento do *carcinoma*;
- Jasmim, por saber que estava com câncer de mama e ter escondido da família por anos (pois precisava trabalhar), e no momento em que não pode mais esconder, descobriu que o câncer havia atingido também o seu pulmão (a paciente sente culpa por acreditar que, se tivesse comunicado à família logo que o nódulo apareceu, teria evitado maiores sofrimentos); e
- Pé de Rosa, que carrega consigo a responsabilidade de ser a única de sua casa com idade hábil para trabalhar, e que precisa criar seus quatro filhos pequenos.

Diante de tantas vivências e reflexões e ao verificar este último contraste citado, onde algumas das entrevistadas sentem-se mais felizes hoje, e outras, mesmo em sua minoria, se sentiam mais felizes antes da cirurgia; senti-me incumbida a acrescentar em suas entrevistas<sup>49</sup>, uma última pergunta: “O que você acredita que aprendeu com toda essa vivência do câncer?”. As respostas dadas foram:

---

<sup>48</sup> Este é um dos primeiros pontos que corroboram com as falas das entrevistadas e que comprovam e a superação do câncer e das angústias vividas.

<sup>49</sup> Após realização de todas as entrevistas, entrei em contato novamente com as entrevistadas no próprio FCECON a fim de acrescentar esta última pergunta às suas entrevistas.

“A ter mais paciência.” ROSA

“A ser humilde.” ORQUÍDEA I

“A ser mais calma.” LÍRIO e ROSA VERMELHA

“Amar mais as pessoas e a mim mesma.” ROSA SEM ESPINHO

“A olhar mais pro outro e a ajudar mais os outros.” BUGANVÍLIA

“Perder os preconceitos.” JASMIM

“A viver a vida da melhor maneira possível.” VITÓRIA RÉGIA

“Eu aprendi a cuidar mais de mim.” ORQUÍDEA II

Nota-se a ausência de resposta de Pé de Rosa que afirmou “*não sei ainda qual lição tirar de tudo isso*”; sendo essa ausência de uma conclusão mediante reflexão, provavelmente dada devido ao pouco tempo em que a entrevistada havia sido submetida à mastectomia (um ano). Pé de Rosa foi uma das entrevistadas que possuía menos tempo de pós-cirúrgico, juntamente com Orquídea I que também tinha na época da entrevista, um ano como pós-operada.

Com vistas ao objetivo buscado na realização da pesquisa, compreender a vivência existencial em mulheres mastectomizadas participantes do GAMMA, é possível considerar a mesma como um passo dado em busca da compreensão de como as mulheres mastectomizadas conseguem superar a situação vivida, desde o diagnóstico até os tratamentos pós-operatórios.

Receber o diagnóstico de câncer é como uma abertura a uma longa jornada de ganhos e perdas na vida dessas mulheres, onde angústias e dúvidas são sensações e indagações presentes em todo este percurso. Viver dia após dia as leva a refletir sobre os acontecimentos; e dessa reflexão, são elaboradas ressignificações psíquicas que modificam suas formas de “ser-no-munndo”, ampliando suas perspectivas e entendendo que mesmo doentes ou operadas, que elas não perderam suas identificações, que ainda são seres com vida. Neste momento final, em que se desenvolvem uma sintonia de autenticidade com o mundo e com os outros Seres, é possível perceber os primeiros passos da superação.

Merleau-Ponty (1999) em sua publicação “Fenomenologia da Percepção” descreve uma estória onde ele, caminhando numa praia em direção a um barco encalhado, só percebeu

que a imagem do mastro estava se confundindo com a floresta que o circundava, ao chegar muito próximo do barco.

Na história contada pelo autor, no momento em que ele se pergunta "*Como não vi que estes pedaços de madeira faziam corpo com o barco e não com a floresta?*", é possível fazer uma analogia com a situação vivenciada por estas mulheres mastectomizadas: descobrir a doença e a necessidade de submeter-se a uma cirurgia e vê-las como circundadas pela possibilidade de morte, traz desespero a elas. Sendo válido lembrar que quando estamos tomados por sensações e percepções exageradas, nos ocorre uma "cegueira psicológica" e uma dificuldade de raciocínio e reflexão. (MERLEAU-PONTY, 1999)

Para superar todos os sentimentos negativos que o câncer lhes traz, foi perceptível que é necessário que estas mulheres andem por essa "praia a caminho do barco", que elas se vejam passar por todas as etapas da vivência: a suspeita do câncer, o diagnóstico, a cirurgia, o tratamento, os medos, e o relacionar-se consigo e com os outros, para que consigam "a cura", a superação

E no momento de superação caso elas se perguntem "*Como não vi que estes sentimentos negativos não faziam sentido? Que posso me sentir feliz mesmo sem uma mama?*", elas serão capazes de entender (e entenderam) que foi valioso percorrer todo o caminho, passo a passo, se descobrindo, configurando e reconfigurando os sentimentos confusos e dolorosos, para que agora tenham certeza de que são "des-peitadas" e felizes!



## 11 POSSIBILIDADES DE PESQUISAS FUTURAS

Como mencionado anteriormente, a presente pesquisa não possui vistas de esgotar o assunto abordado, mas sim de estimular reflexões e novas construções científicas a respeito do mesmo com fim de contribuição àquelas pessoas que vivenciam traumas emocionais a partir de perdas físicas.

Durante a construção do trabalho alguns *insights* surgiram como lampejos de ideias a nortearem futuras pesquisas, entre elas:

- Pesquisar sobre os maiores medos enfrentados pelos pacientes submetidos aos tratamentos pós-operatórios, diferenciando o tipo de medo que permeia cada tratamento e qual deles se apresenta como mais temido e por que;
- Inquirir sobre a influência da morte do outro e do sofrimento dos familiares deste, no processo do tratamento e recuperação do próprio paciente;
- Descrever a partir do ponto de vista dos profissionais que atendem os pacientes, quais as maiores dificuldades enfrentadas por eles ao comunicar o diagnóstico de câncer e/ou ao tratá-los, com vistas a identificar quais as maiores resistências oferecidas pelos pacientes durante todo processo (do diagnóstico, passando pela cirurgia, até a finalização dos tratamentos pós-operatórios);
- Descrever a partir do ponto de vista dos familiares do paciente, quais as maiores dificuldades enfrentadas por eles ao verem um dos seus doentes e terem que cuidar dele;
- Averiguar e comparar as perspectivas do casal divorciado após descoberta do câncer buscando compreender quais fatores pode levar ao elevado número de divórcio que existe após a descoberta da doença ou durante o tratamento deste, com fins de descobrir se este realmente influencia na separação, ou o quanto influencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMATUZZI, M.M **Pesquisa Fenomenológica em Psicologia** In: BRUNS, M.A.T e HOLANDA, A.F (Orgs). **Psicologia e Pesquisa Fenomenológica: Reflexões e Perspectivas**. São Paulo: Alínea, 2003.

BORGES, Fábio dos Santos. **Dermato-funcional: modalidades terapêuticas nas disfunções estéticas**. 2.ed. São Paulo: Phorte, 2010.

BRUNS, Maria Alves de Toledo; HOLANDA, Adriano Furtado (orgs). **Psicologia e Fenomenologia: reflexões e perspectivas**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

CAMARGO, M.; MARX, A. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.

CARDIM, Leandro Neves. **A Ambiguidade na Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty**. Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Filosofia. São Paulo: SP, 2007.

CARVALHO, Marcus Renato de; TAMEZ, Raquel N. **Amamentação: bases científicas**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

CASTRO, Ewerton Helder Bentes **A experiência do diagnóstico: o significado no discurso de mães de crianças com câncer à luz da filosofia de Martin Heidegger** Tese (Doutorado) Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto: Ribeirão Preto, 2009.

CIAMPO, Luiz Antonio Del et al. **Aleitamento materno: passagens e transferências mãe-filho**. São Paulo: Atheneu, 2004.

CYRULNIK, Boris. **O patinhos feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

ESPÍNDULA, J.A e VALLE, E.R.M Experiência materna diante da iminência de morte do filho com recidiva de câncer. **Pediatria Moderna** v. XXXVII, n. 5, São Paulo, 189:194, maio, 2002

FORGHIERI, Yolanda Cintrão. **Psicologia Fenomenológica: Fundamentos, Métodos e Pesquisas.** São Paulo: Pioneira, 2004.

GOMES, Flávia Azevedo, ET. Al. **Utilização de Grupos na Reabilitação de Mulheres com Câncer de Mama.** Revista Enfermagem, UERJ 2003; 11:292-5.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro; MOURA, Cláudia Vitória de Gallo Moura; MENDONÇA, Silva. **Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes.** Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Cancerologia, 51(3): 227-234. 2005.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo: parte I.** Trad. Maria Sá Cavalcante Schuback. 15ª Ed. Petrópolis: Vozes. Parte I, 2005.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo: parte II.** Trad. Maria Sá Cavalcante Schuback. 13ª Ed. Petrópolis: Vozes. Parte II, 2005.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. **Sobre a Morte e o Morrer.** Trad. Pulo Menezes. 9ª Ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

MARTINS, J e BICUDO, M.A.V **A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e Recursos Básicos.** 2ª Ed. São Paulo: Moraes, 1994.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção.** Trad. Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 2ª Ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O Olho e o Espírito.** Trad. Paulo Neves e Ma. Ermantina Pereira. São Paulo: Cosac Naify, 2002.

MELLO, Filho J. **Grupo e corpo: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos.** São Paulo: Artmed; 2000. p. 435.

NEVES, M.C.D e CARVALHO, W O Mecanicismo da Física na Psicologia e a Perspectiva Fenomenológica - **Cadernos da Sociedade de Estudos e Pesquisa Qualitativos.** –Vol. 1 ,Nº

1 - . – São Paulo: A Sociedade, 1990.

ORNELLAS, Carlos. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.

PARKER, Steve. **O livro do corpo humano**. Grã-Bretanha: Dorling Kindersley, 2007.

PARKES, C. M. **Luto: Estudos Sobre a Perda na Vida Adulta**. Trad. Maria Helena Franco Bromberg. São Paulo: Summus, 1998.

RIBEIRO, Rafaela Lopes; COSTA, Raquel Lage; SANDOVAL, Renato Alves. **Conduta Fisioterápica no Linfedema Pós Mastectomia pó Câncer de Mama**. In: Revista Eletrônica Faculdade Montes Belos, vol. 3, n. 1, ano 2008.

ROSSI, Lendra; SANTOS, Manoel Antônio. **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama**. Brasília: Psicol. Cien. Prof. – Vol.23, n. 4; dez. 2003.

SALCI, Maria Aparecida; MARCON, Sonia Silva. **Enfrentamento do câncer em família**. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.20, p.178-186, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 20 maio 2012.

SANTOS, D.B.; VIEIRRA, E.M. **Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura**. Dep. de Medicina Social. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto: São Paulo, 2010.

VALLE, E.R.M. Vivencias da família da criança com câncer In: CARVALHO, Maria Margarida M. J de (Org.) **Introdução á Psiconcologia** Campinas. SP: Livro Pleno, 2002.

VENÂNCIO, Juliana Lima. **A Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama**. Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(1): 55-63.

YAMAGUCHI, Nise Hitomi O câncer na visão da Oncologia In: CARVALHO, Maria Margarida M. J de (Org.) **Introdução á Psiconcologia** Campinas, SP: Livro Pleno, 2002.

ZIMERMAN, D. E. Modalidades Grupais. **Fundamentos Básicos das Grupoterapias**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. P. 60.

## ANEXOS

## ANEXO I – TCLE



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Convidamos a Sra. a participar do Projeto de Pesquisa *“Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: Análise compreensiva com mulheres mastectomizadas”*, dos pesquisadores Jonileide Mangueira da Silva, Prof. Dr. Ewerton Helder Bentes de Castro e Profa. Dra. Cláudia Regina Sampaio, que busca compreender como as mulheres mastectomizadas vivenciam os vários momentos do adoecimento pelo câncer, desde o diagnóstico / cirurgia, até a participação no GAMMA. Com a finalidade de ajudar outras mulheres que venham a viver a mesma situação, as entrevistas serão realizadas com o uso de um gravador e algumas podem trazer lembranças de sofrimentos vividos. Mas lembre-se que em todos os momentos você estará protegida pelos pesquisadores. Seu nome será mantido em sigilo e a qualquer momento, você poderá recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o seu consentimento de uso das informações coletadas sem que lhe ocorra nenhum tipo de prejuízo. Não será oferecido nenhum tipo de gratificação em dinheiro ou em outra espécie pelas informações fornecidas ou em caso de desistência.

Para qualquer informação a Sra. poderá entrar em contato com a UFAM no setor do Mestrado em Psicologia e Saúde (tel.: (92) 3305-4127 - Av. Gen. Rodrigo Otávio, 3000-Coroadó); com o Comitê de Ética em Pesquisa (tel.: (92) 3305-5130 – R. Teresina, 495-Adrianópolis); ou diretamente com os pesquisadores Jonileide (tel. (92) 8415-5250), Dr. Ewerton (tel. (92) 8407-7900) e Dra. Cláudia (tel. (92) 9983-7026).

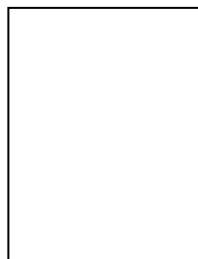
Fui informada sobre o que a pesquisadora quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e eu posso sair quando eu quiser. Estou recebendo uma cópia deste documento, assinada, que vou guardar.

\_\_\_\_\_ ou

Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_

Responsável



Impressão do dedo  
 polegar caso não saiba  
 assinar

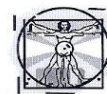
\_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

\_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

Pesquisadora

**ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFAM**

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas aprovou, em reunião ordinária realizada nesta data, por unanimidade de votos, o Projeto de Pesquisa protocolado no CEP/UFAM com CAAE nº. 0511.0.115.000-11, intitulado: **“ELA TEM PEITO, A OUTRA TEM PEITO; SOU DESPEITADA, MUITO PRAZER: UMA ANÁLISE COMPREENSIVA COM MULHERES MASTECTOMIZADAS”**, tendo como Pesquisadora Responsável Jonileide Manguiera da Silva.

Sala de Reunião da Escola de Enfermagem de Manaus – EEM da Universidade Federal do Amazonas, em Manaus/Amazonas, 07 de dezembro de 2011.

Prof. MSc. Plínio José Cavalcante Monteiro  
Coordenador CEP/UFAM

**ANEXO III – Carta de Autorização**

1



FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO**

DO: Profa. Dra. Cláudia Regina Sampaio


AO: Grupo de Apoio a Mulheres Mastectomizadas do Amazonas – GAMMA

ASSUNTO: Solicitação de Autorização (FAZ)

Senhora Presidente,

Cumprimentando V.Sa., vimos solicitar a autorização para que a mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, Jonileide Mangueira da Silva, possa realizar junto às participantes do GAMMA, a pesquisa de seu Mestrado em Psicologia intitulada: Ela tem peito, a outra tem peito; sou des-peitada, muito prazer: análise compreensiva com mulheres mastectomizadas.

Para que a pesquisa ocorra, solicitamos vossa autorização para que a mestranda realize entrevistas áudio-gravadas para depois transcrevê-las. Para participar da pesquisa, precisamos da aquiescência das participantes do grupo no sentido de assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

  
\_\_\_\_\_  
Profa. Dra. Cláudia Regina Sampaio  
Orientadora

**AUTORIZAÇÃO:**

Após ter sido informada acerca da pesquisa em epígrafe, somos de acordo com a efetivação da mesma no Grupo de Apoio à Mulheres Mastectomizadas do Amazonas.

Manaus, 23 de novembro de 2011

  
\_\_\_\_\_  
Orioná Maria Ferreira Ohse

Presidente do Grupo de Apoio a Mulheres Mastectomizadas do Amazonas – GAMMA