

Câncer de mama e corpo feminino: análise a partir de depoimentos orais

Natália Cristina Alves¹

UNESP - Presidente Prudente

Resumo: A investigação descrita neste trabalho teve como objetivo estudar gênero e saúde por meio da leitura geográfica, a partir de depoimentos de mulheres sobre a produção e reprodução dos espaços através de seus corpos. O processo de saúde-doença do gênero feminino específico como o câncer de mama, pode ser influenciado por inúmeros fatores que contribuem de forma positiva ou negativa neste processo, tais como: experiências cotidianas, oferta de saúde e relação com o corpo. Para tanto, guiamos nosso estudo através de uma pesquisa qualitativa com fontes orais, para compreender aspectos objetivos e subjetivos da história de vida de mulheres que fizeram cirurgia de mastectomia e quadrantectomia moradoras da cidade de Presidente Prudente-SP.

Palavras-chave: Saúde; Exclusão social; Gênero; Pesquisa qualitativa; Corpo.

INTRODUÇÃO

¹ Doutoranda da Pós Graduação em Geografia da UNESP - Presidente Prudente-SP. ncaunesp@gmail.com

Consideraremos a doença como constitutiva da vida, assim como a saúde, e não como um único desregulamento mecânico. Uma vez que, o estado de doença é portador de verdade a respeito da relação que cada indivíduo tem com o seu corpo. O processo saúde-doença está inscrito no corpo e torna o ser único, sendo a doença o meio através do qual a pessoa-corpo pode às vezes exprimir-se através da representação.

Neste trabalho, procuramos compreender a realidade de mulheres que tiveram câncer de mama no município de Presidente Prudente-SP através da utilização da metodologia qualitativa e técnica de entrevista por meio de depoimentos orais, para analisar diversos aspectos do seu processo saúde-doença deflagrado pelo diagnóstico do câncer de mama.

A escolha da abordagem metodológica com base na pesquisa qualitativa foi feita não só para a compreensão de comportamentos, mas, ao mesmo tempo, considerando a inserção do entrevistado em seu grupo social, que está submetido a muitas outras influências. Portanto, partimos do pressuposto que a compreensão da realidade do ator entrevistado por meio da abordagem qualitativa é o melhor caminho para captar o ponto de vista dos sujeitos que tem seu cotidiano permeado por um conjunto específico de relações sociais, econômicas e políticas (SOUZA et al, 2005).

A história oral é um termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação. Colhida por meio de entrevistas de variadas formas, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade.

A história de vida e o depoimento oral se inserem no quadro mais amplo da história oral como instrumento de análise do real. A história de vida pode ser descrita como um conjunto de eventos que fundamentam a vida de uma pessoa e é, normalmente, determinada pela duração e localização dessas existências ao longo de uma vida (BORN, 2001). Já o depoimento é utilizado para captar eventos específicos que o pesquisador pretende focar no trabalho, portanto, geralmente é mais curto em questão de tempo de entrevista.

As técnicas de captação dos seis depoimentos foram baseadas em instrumentos da metodologia qualitativa, como entrevistas em profundidade, semi-estruturadas por meio de um roteiro montado com diversas dimensões captadas por leituras sobre os temas e conceitos principais da pesquisa (saúde, exclusão social, gênero, pesquisa qualitativa).

Para o trabalho de campo e entrevistas, escolhemos duas instituições, uma pública e uma entidade sem fins lucrativos. A primeira é o Ambulatório de Fisioterapia localizado no campus da UNESP (Universidade Estadual Paulista) de Presidente Prudente-SP, no qual são atendidas pessoas que precisam de fisioterapia em diversas especialidades. A segunda instituição, o Grupo Amigas do Peito, foi escolhida porque durante a sondagem e entrevistas com as primeiras mulheres do ambulatório de fisioterapia, esta foi citada recorridas vezes quando se falava em apoio fora do ambulatório para mulheres que haviam feito cirurgia de retirada do câncer de mama.

A partir de conversas informais, escolhemos as mulheres com o perfil mais próximo que se pretendia para a pesquisa: mulheres que haviam adoecido por câncer de mama e realizado a mastectomia radical (remoção da mama afetada por inteiro) ou a quadrantectomia (remoção somente do caroço maligno e um pouco de tecido saudável

ao redor dele – parte afetada da mama), aquelas que ficaram com seqüelas devido ao câncer de mama, e aquelas com faixa etária entre 40 e 60 anos, que é o período em que a doença mais se manifesta. As entrevistas foram marcadas com as pacientes por telefone e pessoalmente, sendo realizadas no domicílio das mesmas de forma a deixá-las mais a vontade. Assim, foi possível conhecer melhor Beth, Regina e Nilza no Ambulatório, e na entidade sem fins lucrativos foram escolhidas para entrevista Maria, Marli e Jacira. Com as três últimas as entrevistas foram realizadas no próprio local da entidade, por vontade destas mulheres.

As entrevistas foram gravadas, uma vez que este procedimento permite captar por maior tempo um conjunto amplo de elementos de comunicação de extrema importância que compõem a produção do sentido das falas e idéias (as pausas de reflexão, entusiasmo, alegrias, tristezas), bem como o aprimoramento na compreensão da própria narrativa.

Após a gravação, uma primeira atividade foi a da transcrição, realizada pela própria pesquisadora, uma vez que esse processo é de fundamental importância, pois permite captar algumas reações subjetivas da entrevistada no momento da sua fala. As narrativas foram lidas como histórias particulares, mas, registradas em conjunto para entendimento de dimensões transcendentais ao singular. Neste caso, a leitura dos depoimentos se fez, não só quanto às representações, mas, igualmente através das representações, buscando nas falas o entendimento do todo.

Portanto, consideramos que a partir dos resultados da análise das falas das entrevistadas foi possível compreender como se forma, em espaços de uma cidade como Presidente Prudente-SP, a identidade da mulher, com agravante de saúde como o câncer de mama.

Discussão e Resultados

Não é por acaso que as mulheres percebem seu estado de saúde-doença começando pelo seu corpo. Afinal, partindo das diferenças anatômicas e hormonais, homens e mulheres podem apresentar várias formas de enfermidades, principalmente quando estas estão intimamente relacionadas com a reprodução de estruturas arcaicas e comportamentos pré-estabelecidos.

O câncer de mama, por exemplo, pode ser considerado uma doença das mais estigmatizadoras, pois o simples fato de pertencer ao sexo feminino constitui-se no fator de risco mais importante. Embora homens possam apresentar este tipo de câncer, a doença é pelo menos 100 a 150 vezes mais freqüente entre as mulheres. Isto se deve à maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e à sua exposição ao estrogênio endógeno (THULER, 2003). Portanto, este tipo de câncer é o segundo mais comum em mulheres no mundo, e constitui a primeira causa de morte por câncer nas pessoas do sexo feminino entre 40 e 59 anos.

Entretanto, a doença é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma perda ou anomalia na estrutura ou nas funções psicológicas, físicas ou anatômicas de um indivíduo. Para Chammé (2002), nesse conceito moderno de doença, o indivíduo doente foi abstraído de sua alteridade. E conseqüentemente, foi se construindo

representações corporais naturalizadas e crescente isolamento de suas interfaces para manutenção e manipulação da saúde² do corpo.

O corpo doente ou sadio não está fechado e limitado pela pele, e ele não pode ser pensado de forma alheia à sua determinação cultural, social e espacial, devido à inquestionável influência destes fatores na formação da identidade do indivíduo. Esses fatores possibilitam, portanto, práticas sociais múltiplas, que determinaram peculiarmente a representação do processo saúde-doença, sua manifestação sintomática, e sua reprodução objetiva e subjetiva.

A partir das falas das mulheres entrevistadas, podemos captar, por exemplo, que estas são caracterizadas pelo seu lugar social de gênero feminino, na sua condição de mãe:

“O que me influencia nesse mundo é a minha filha, eu ainda estou viva por causa dela... A minha preocupação é ela, porque é ela sozinha e eu” (REGINA).

E também portadora de uma doença como o câncer de mama, que pode levar a morte:

“Agora a vida está assim... só de lembrança e achando que está esperando morrer. É terrível, porque pra você sair é difícil, a saúde está um caos, pra você ver só no ano passado eu fui em uns dezessete médicos pra ver se descobria pra ver porque meu pescoço está entortado” (BETH).

A idéia a partir desses referenciais é de que o processo de saúde-doença da mulher pode ser articulado à noção de espaço geográfico, social e historicamente construído e materializado no corpo, a partir de ideologias do patriarcado³. Assim, ao considerarmos o espaço da cidade (especificamente de Presidente Prudente-SP) como primordial para a análise da produção e reprodução de múltiplas relações sociais (complexas e multidimensionais), é necessário no âmbito da Geografia da Saúde, fazermos discussões sobre a construção da representação neste espaço do gênero feminino, que possui como agravante de saúde como o câncer de mama. Uma vez que essa doença deixa profundas seqüelas tanto no âmbito físico, quanto no subjetivo, como revela a fala de MARIA:

“Assim... eu tenho um preconceito, não me olho no espelho sem sutiã... depois que operou. Porque eu me sinto mau em ver no espelho um lado que não tem seio. É uma coisa assim... mutilação! É uma coisa muito desagradável você ver de frente. Eu estou tomando meu banho eu tomo normal, mas na hora de me olhar no espelho, eu não consigo me olhar”.

2 A Saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um completo bem-estar físico, mental e social de um indivíduo. Mais informações em: (SEGRE e FERRAZ, 1997)

3 O patriarcalismo pode ser considerado como uma ideologia, reproduzida em muitas das instituições das sociedades contemporâneas, que caracteriza-se pela autoridade do homem sobre mulher e filhos. Mais detalhes ver: CASTELLS, 2001.

Ao descobrir que estão com a doença, as mulheres entrevistadas partem para um processo de dramas cotidianos de perdas, ganhos e exclusões, mas, ao mesmo tempo, reforço de sua identidade através da experiência de passar pela possibilidade de perder a vida e ficar longe dos seus familiares.

A perda de parte do corpo para as mulheres entrevistadas provoca exclusão⁴. Isto por que existem sobre esse corpo, inúmeros referenciais ideológicos associados ao discurso de saúde-doença, fundamentando algumas representações⁵ específicas que são produzidas por estas, capazes de promoverem uma desqualificação de sua imagem. Afinal, tais representações são mediadas por uma consciência e experiência de vida específica, a partir da sua relação consigo mesmo e com outro, principalmente quando é preciso encarar uma nova fase na vida.

É aí que os caminhos da nossa pesquisa trouxeram à tona todo o problema da exclusão. Primeiramente, podemos destacar a exclusão do mundo do trabalho (produção), uma vez que algumas delas se referem à perda do trabalho e a impossibilidade de voltar a fazê-lo devido às seqüelas da doença, como fica claro nas falas de NILZA:

“Eu tenho vontade de voltar a trabalhar, mas não dá, olha (mostra o braço direito inchado devido seqüelas da operação de retirada da mama)! Aqui ficou um buraco! Acho que a maioria das mulheres fica com seqüelas, porque meche com tudo a cirurgia.”

Já para MARIA a doença a impediu de fazer tanto o trabalho produtivo, quanto reprodutivo:

“Você querer fazer uma boa faxina na sua casa, porque eu não tenho condições de pagar faxineira! Alumínio, antes de operar meus alumínios era a coisa mais linda! Então essas coisas tudo que tem vontade de fazer, mas não pode. Pra trabalhar, quem vai pegar uma pessoa que vira e mexe está indo no médico!”

Existe também outro tipo de exclusão, aquela que as coloca à margem da produção e reprodução social, por não possuírem mais o modelo de corpo feminino padrão e idealizado na sociedade. Seus dramas e as formas como se identificam com a doença estão intrinsecamente atreladas a esta perda de “normalidade”. Vejamos como estas idéias foram relatadas pelas mulheres:

“Você vira uma matrona! Uma matrona seria uma pessoa gorda (risos), porque como eu desfilava e era magérrima, eu engordei... inchada, né? Então acho que precisaria de uma qualidade de vida pra pessoa que sofre essa doença... é que todo mundo devia ter qualidade de vida pra poder fazer... limpeza de pele, né? ... Ao mesmo tempo eu tomo o

4 O tema da exclusão tem um enorme debate, mas no presente trabalho utilizaremos a discussão desse fenômeno multidimensional, a partir de sua vertente social e subjetiva. Mais informações em: KOWARICK (1999) e COSTA (1998).

5 De acordo do Jovchelovitch (1995), as representações sociais são um sistema de interpretação que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as nossas condutas sociais. Intervindo em processos variados, como a definição das identidades pessoais e sociais.

remédio do câncer, tomo após o almoço, tem de deitar, então vai engordando cada vez mais!” (BETH)

“Era muito bom, né? Até tirar uma mama foi muito bom... meu... hã... as minhas mamas eram perfeitas! Não eram aquelas mamas... que se diz assim aquelas mamas caídas, sabe? Foi a maior transformação que eu tive no meu corpo, ter tirado a mama (direita).” (NILZA)

“Eu sou de 55... vou fazer 54 anos. Para minha fisionomia parece que eu tenho setenta e poucos anos... éh... muito sofrimento do câncer (começa a chorar, fazendo sinal com a mão para eu esperar um pouco)... já passa já, viu! Eu choro muito... porque tinha que ter o psiquiatra e como chama? O psicólogo, até hoje eu sinto falta (ainda com voz embargada pelo choro). (REGINA)

Esta transformação na identidade social tem como efeito produzir um afastamento do indivíduo da sociedade e de si mesmo de tal modo que ele acaba criando um mundo não receptivo, por faltar-lhe um pedaço de seu corpo. É por isto que compreendemos esse processo como uma exclusão subjetiva e que se fundamenta na mutilação.

Dentro do discurso do modelo de corpo ideal na nossa sociedade, o corpo se torna o mais belo objeto de consumo, um produto dentre os outros, caracterizado por traços, muitas vezes idealizados, estabelecidos a partir do exterior. Essa idealização pode ser usado para caracterizar os traços do corpo feminino, o que está presente nas falas de MARIA: “*Nosso corpo serve... ah! É a beleza natural feminina! Você sabe que é mulher pelo seu corpo (risos).*”

Ou como fuga da normalidade a partir da imperfeição física que agora é infelicidade para BETH :

“Então a gente não fica satisfeita com o corpo, tem hora no espelho que eu brinco e falo oh! Sua desdentada, despeitada, gorda (risos). Então, você sonha em ter o corpo que você tinha antes! Pra você ver do entortado estraga o braço, uma coisa estraga a outra.”

Nesse modelo ideológico, a diferença não é aceita e se transforma muitas vezes em objeto de rejeição e culpabilização, exclusão do modelo padrão, porque é sobre o corpo que convergem interesses sociais, econômicos e acumula uma série de práticas e de discursos. O que podemos demonstrar através das falas de NILZA:

“Pra que serve? Pra ficar bonito (risos). Estou brincando (risos). Não... os braços, as mãos... serve pra gente fazer o que tem que fazer... trabalhar... é pra isso que serve! Mas serve pra ficar bonito também!”

Entretanto, sabemos que, o corpo nos discursos socioculturais contemporâneos é um objeto idealizado e perfeito que não coincide com nosso corpo real, sendo este capaz de passar os valores da sociedade contemporânea, que homogeneiza os gostos, preferências e comportamentos dos indivíduos (PARISOLI, 2004). Neste contexto, a mastectomia radical e a quadrantectomia é um quadro perverso que insere no corpo das mulheres uma condição que precisa ser negado.

Essa realidade nos faz concordar com a discussão de Parisoli (2004) sobre o assunto, quando esta reflete que, como materialidade, o primeiro caráter do corpo humano é ocupar uma extensão, um espaço, o que se especifica em termos de espacialidade e volume. Mas, ao mesmo tempo ele é extenso, opaco e sujeito às leis do universo imaterial/subjetivo. O corpo humano não é como os outros, pois antes é um corpo aberto ao exterior, sua superfície é a pele e esta o coloca em relação com o espaço e com os outros corpos.

Considerações finais

Assim, a execução deste trabalho de pesquisa contribuiu para o entendimento do processo saúde-doença pensado além do corpo orgânico, uma vez que as mulheres possuem formas específicas de vivenciar este processo. É por causa disto que concluímos que a saúde da mulher pode ser articulada ao conceito de espaço geográfico, social e historicamente construído e materializado no corpo.

Os resultados da nossa pesquisa trouxeram à tona todo o problema da exclusão. Primeiramente, podemos destacar a exclusão do mundo do trabalho (produção), uma vez que algumas delas se referem à perda do trabalho e a impossibilidade de voltar a fazê-lo devido às seqüelas da doença. Existindo também um segundo tipo de exclusão, aquela que as coloca à margem da produção e reprodução social, por não possuírem mais o modelo de corpo feminino padrão e idealizado na sociedade. Seus dramas e as formas como se identificam com a doença estão intrinsecamente atreladas a esta perda de “normalidade”.

Entretanto, ainda existe muita resistência a esta abordagem na Geografia e ainda há dificuldade em se obter referenciais teóricos para a discussão de categorias como gênero, saúde e história de vida nesta ciência. Portanto, ao término do nosso estudo, podemos considerar que a nossa pesquisa é uma contribuição para o fortalecimento de metodologias e discussões acerca destes temas.

Alves, N C (2011). Breast cancer and the female body: analysis from oral testimonies. *Revista de Psicologia da UNESP* 10(2), 28-35

Abstract: The research aims to studying gender and health by geographic reading, from testimonies of women on the production and reproduction of the spaces through their bodies. The process of health-disease specific of the female gender such as female breast cancer, can be influenced by many factors that positively or negatively contribute in this process, such as: everyday experiences, health offering and relationship with the body. Therefore, we guide our study through a qualitative research with oral sources, to understand the objective and subjective aspects of the life history of women who undertook mastectomy surgery and quadrantectomy living in the city of Presidente Prudente, SP.

Keywords: *Health, Social Exclusion, Gender, Qualitative research; Body.*

Bibliografia

- Born, C. (2001) Gênero, trajetórias de vida e biografia: desafios metodológicos e resultados empíricos. In: **Sociologias**. V. 3, n. 5, p. 240-265. Porto Alegre.
- Chammé, S. J. (2002) Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 2, p. 3-17, ago-dez. 2002. São Paulo.
- Costa, A. B. da. (1998) **Exclusões sociais**. Gradativa. Lisboa.
- Jovchelovitch, S. (1995) Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: _____, GUARESCHI, P. (Orgs). **Textos em representações sociais**. Vozes. Petrópolis.
- Kowarick, L. (1999) O conceito de exclusão social. In: **Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam**. VERÁS, M. P. B. (ed), et al. EDUC, p. 138-142. São Paulo.
- Parisoli, M. M. (2004) **Pensar o corpo**. Vozes. Petrópolis, RJ.
- Segre, M., Ferraz, F. C. (1997) O conceito de saúde. **Revista saúde pública**. v. 31, n. 5, p. 538-542, out. São Paulo.
- Silva, M. M. (1995) Mulher, identidade fragmentada. In: Elaine Romero (Org.). **Corpo, mulher e sociedade**. Papirus. São Paulo. 109-123.
- Souza, E. R. (2005), et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M. C. De S. et al. (Org). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Fio Cruz. Rio de Janeiro. 133-156.
- Thuler, L. C. (2003) Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista brasileira de cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 4, p. 227-238, vol. 1, n. 1, p. 133-156, jun. 2003.

Recebido: novembro de 2011.

Aprovado: março de 2012.