
TATIANA RODRIGUES DE ALMEIDA

ATRAVÉS DO ESPELHO: IMAGEM CORPORAL E CORPO IDEAL NO CÂNCER DA
MAMA

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Stella Tavares Filgueiras

Juiz de Fora
2013

TATIANA RODRIGUES DE ALMEIDA

ATRAVÉS DO ESPELHO: IMAGEM CORPORAL E CORPO IDEAL NO CÂNCER DA
MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Psicologia como requisito parcial
à obtenção do título de Mestre em Psicologia por
Tatiana Rodrigues de Almeida
Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Tavares
Filgueiras

Juiz de Fora

2013

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Almeida, Tatiana Rodrigues de.
Através do espelho : imagem corporal e corpo ideal no câncer de mama / Tatiana Rodrigues de Almeida. -- 2013.
141 p.

Orientadora: Maria Stella Tavares Filgueiras
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2013.

1. Imagem Corporal. 2. Corpo Ideal. 3. Câncer da mama. I. Filgueiras, Maria Stella Tavares, orient. II. Título.

Tatiana Rodrigues de Almeida

ATRAVÉS DO ESPELHO: IMAGEM CORPORAL E CORPO IDEAL NO CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora
como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em
Psicologia por Tatiana Rodrigues de Almeida

Dissertação defendida e aprovada em vinte e sete de fevereiro de dois mil e treze, pela banca constituída
por:


Orientadora: Profa. Dra. Maria Stella Tavares Filgueiras
Universidade Federal de Juiz de Fora


Presidente: Profa. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira
Universidade Federal de Juiz de Fora


Membro Titular: Profa. Dra. Marcia Maria dos Anjos Azevedo
Universidade Federal Fluminense

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus por ser presença marcante em minha vida e por me abençoar com mais esta conquista.

Aos professores e colegas do Programa de Pós-Graduação em Psicologia por contribuírem significativamente com minha formação acadêmica.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento da pesquisa.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Maria Stella Tavares Filgueiras, pela generosidade em compartilhar o seu saber, pela paciência nos percalços que surgiram ao longo deste caminho e pela inestimável amizade.

Ao Prof. Dr. Maximiliano Ribeiro Guerra por participar desde o início da construção deste trabalho e acompanhar de perto seu desenvolvimento.

À Profa. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira e Profa. Dra. Márcia Maria dos Anjos Azevedo por enriquecerem este estudo com seus comentários relevantes e pertinentes.

Às pacientes do Ambulatório de Mastologia, por me confiarem seus sentimentos e possibilitarem este trabalho.

Ao meu avô José Carlos por incentivar os meus passos, zelar pelo meu caminho e por sempre esquecer o tempo em que estive ausente.

À minha mãe Lígia por me contagiar com sua alegria e por me ensinar que a Educação é um bem que nunca se perde.

Às minhas irmãs Juliana e Fabiana por serem espelhos que refletem aquilo que eu gostaria de ser e por me tornarem uma pessoa melhor.

Ao meu amor, Fernando, por apoiar as minhas escolhas e por fazer suas as minhas vitórias.

Aos meus tios Roney, Liege e Juliane e aos meus primos Gustavo, Guilherme e Rayssa por se fazerem presentes mesmo quando estão longe.

Aos meus sogros Marcelino, Beth e Lúcia por me acolherem como filha e por serem também a minha família.

Às amigas Maria do Carmo, Livia e Lígia do Hospital Regional de Barbacena pelo carinho e estímulo nos momentos de dificuldade.

À minha analista, Mônica Magalhães, por sustentar minhas angústias e possibilitar que eu prossiga.

À minha amada avó, Maria Elizabeth Rodrigues, a quem dedico mais este trabalho.

“Crédulo, o que consegues com esses vãos esforços?
Não existe o que procuras. Afasta-te do que amas, e o verás desaparecer.
Essa sombra que vês é o reflexo de sua imagem. Nada é por si mesma.
Contigo, ela aparece e permanece; com tua partida desaparecerá,
se tiveres a coragem partires”
(Ovídio)

RESUMO

Na sociedade moderna, é inegável a crescente supervalorização do corpo como um instrumento de inclusão social e obtenção de poder. Aqueles que não se encaixam em um certo perfil estético, acabam vítimas de preconceitos e discriminação. Esta realidade pode ser agravada ainda mais quando as alterações corporais, decorrentes de cirurgias ou outros procedimentos médicos, encontram-se associadas a um adoecimento, como no caso do câncer da mama. Considerada uma das patologias mais temidas pelas mulheres por atingir um órgão carregado de significações ligadas à sexualidade, feminilidade e ao desempenho da maternidade, o câncer da mama afeta não apenas o corpo biológico mas, principalmente, alguns aspectos psicossociais da paciente, dentre estes destaca-se sua imagem corporal. Dessa forma, cabe investigar a imagem corporal de mulheres submetidas à cirurgia mamária por câncer da mama e o possível impacto do corpo ideal veiculado pela cultura contemporânea. Para tanto, realizou-se um estudo qualitativo com uma amostra composta por doze mulheres que passaram por cirurgia, total ou conservadora, após o diagnóstico de câncer da mama. Os resultados foram trabalhados à luz da Análise de Discurso pecheutiana e do referencial psicanalítico.

Palavras-chave: Imagem corporal; Corpo ideal; Câncer da Mama

ABSTRACT

In a modern society, it is undeniable the increasing overvaluation of the body as an instrument of social inclusion and obtain power. Those who do not fit in right profile aesthetic, become victims of prejudice and discrimination. This situation may be further aggravated when the body changes resulting from surgery or other medical procedures, are associated with a disease, such as breast cancer. Considered one of the most feared diseases by women because it reach a body part full of meanings related to sexuality, femininity and performance of motherhood, the breast cancer affects not only the biological body but mainly some psychosocial aspects of the patient, among these stands your body image. Thereby it is important to investigate women body image submitted a breast surgery because of a breast cancer and the possible impact of the ideal body aired by the contemporary culture. Therefore, we performed a qualitative study with a sample of twelve women who had surgery, total or conservative, after breast cancer diagnosis. The results were worked out through the pecheutiana Discourse Analysis and psychoanalysis.

Keywords: Body Image; Ideal Body; Breast Cancer

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	X
INTRODUÇÃO.....	01
1 – CORPO IDEAL E IMAGEM CORPORAL.....	06
1.1 – A sociedade narcísica: o corpo na cultura.....	06
1.2 – O lugar do corpo na constituição do sujeito: olhar da Psicanálise.....	16
1.3 – Delineando um conceito: a imagem corporal em questão.....	23
1.4 – Articulações entre imagem corporal e corpo ideal.....	29
2 – O ADOECER POR CÂNCER DA MAMA.....	33
2.1 – Fatores epidemiológicos: o câncer da mama em números.....	33
2.2 – Fatores anatomofisiológicos e suas implicações: o adoecer do corpo orgânico.....	36
2.3 – Fatores psicossociais: especificidades do câncer da mama.....	41
2.4 – O câncer da mama em mulheres com idades entre 45 e 65 anos.....	45
3 – OBJETIVOS E DISCUSSÃO METODOLÓGICA.....	48
3.1 – Objetivos.....	48
3.2 – Metodologia qualitativa.....	48
3.3 – Cenário da pesquisa.....	49
3.4 – A amostra.....	51
3.5 – O instrumento.....	53
3.6 – Análise dos dados.....	55
3.7 – Cuidados éticos.....	61
4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	62
4.1 – Perfil das entrevistadas.....	62
4.2 – Análise das entrevistas intra-sujeitos.....	64
4.3 – Análise das entrevistas inter-sujeitos.....	93
4.4 – Discussão dos resultados.....	121
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	128
ANEXOS.....	138

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1: Incidência do câncer da mama no Brasil, de acordo com faixas etárias, nas mulheres.....	45
QUADRO 1: Perfil sócio-familiar da amostra.....	62
QUADRO 2: Itens referentes ao ideal de mulher.....	94
QUADRO 3: Itens referentes à imagem corporal.....	100
QUADRO 4: Itens referentes ao impacto do câncer da mama na imagem Corporal.....	104
QUADRO 5: Itens referentes ao impacto do corpo ideal na imagem Corporal.....	112

INTRODUÇÃO

Na sociedade moderna, é inegável a crescente supervalorização do corpo como um instrumento de inclusão social e, até mesmo, de obtenção de poder. A busca frenética pelo corpo ideal, estimulada pela mídia e pela chamada “indústria da beleza”, tem acarretado uma falta de bom senso e de critério (Ferreira, 2007). Vale tudo para se adequar aos padrões culturais preestabelecidos. Assiste-se a uma verdadeira avalanche de cirurgias plásticas, anabolizantes, silicones e dietas alimentares radicais em um culto ao narcisismo e uma desmesurada preocupação com a aparência. Aqueles que não se encaixam em um certo perfil estético, acabam vítimas de preconceitos e discriminação. Esta realidade pode ser agravada ainda mais quando as alterações corporais, decorrentes de cirurgias ou outros procedimentos médicos, encontram-se associadas a um adoecimento, como no caso do câncer da mama.

No contexto mundial, o câncer da mama é o segundo câncer mais comum na população em geral e o primeiro entre as mulheres. Responde por cerca de 1,4 milhões de casos novos, sendo sua incidência muito baixa entre os homens (Instituto Nacional do Câncer Brasil [INCA], 2011). O aumento do número de casos de câncer da mama, registrados nos últimos 20 anos no país, colocou a doença como um problema atual de saúde pública, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a situá-la entre as seis prioridades de sua gestão (Instituto Nacional do Câncer Brasil [INCA], 2006). Apesar de ser considerada uma patologia de prognóstico relativamente bom, o câncer da mama ainda é a neoplasia que mais causa mortes entre as mulheres no Brasil, muito provavelmente em função de sua detecção tardia. Na população brasileira, estudos epidemiológicos têm demonstrado variações de 61% a 87,7% de sobrevida média após cinco anos da doença (Guerra, 2009).

Além das implicações que qualquer adoecimento comporta (ruptura do corpo saudável, incerteza quanto ao tratamento, possibilidade de recidiva, quebra da rotina diária, encontro com a finitude da vida, sensação de impotência, etc.), o câncer da mama é um dos mais temidos pelas mulheres devido aos efeitos psicológicos da amputação parcial ou total desse órgão corporal, carregado de sensualidade e de significações ligadas à sexualidade e ao desempenho da maternidade (Adachi, Ueno, Fujioka, Fujitomi, & Ueo, 2007; Cantinelli et al., 2006; Filgueiras et al., 2007; Sebastián, Manos, Bueno, & Mateos, 2007; Silva, 2008). Sabe-se que o seio é a característica sexual mais evidente na mulher, sendo também um órgão que remete ao prazer, à sedução, e que exerce a função de mediador na relação mãe-bebê. Em sua clínica, Volich (1995) observou que: “toda ameaça à integridade dos seios é ameaça às

referências identificatórias femininas” (p. 64). Diante dessas considerações, cabe refletir sobre o impacto de uma cirurgia, seja radical ou conservadora, neste órgão tão dotado de investimento libidinal e simbólico.

A mastectomia surgiu no final do século XIX e, desde então, é utilizada como uma das modalidades cirúrgicas para o tratamento do câncer da mama (Duarte & Andrade, 2003). Por ser considerada um procedimento extremamente agressivo e traumático para a mulher, a mastectomia radical, ou retirada total da mama, vem sendo substituída atualmente por outras cirurgias mais conservadoras, que evitam a mutilação, como a quadrantectomia (remoção de cerca de um quarto da mama) e a lumpectomia (remoção do tumor e de pequena região circunvizinha), desde que o contexto clínico da paciente seja favorável à realização dessas modalidades cirúrgicas. Nesta direção, a escolha do método terapêutico a ser adotado, que certamente trará repercussões na vida da mulher, depende de vários fatores, tais como localização e tamanho do tumor, análise da mamografia, disponibilidade dos serviços de saúde e modo como a paciente lida com a mama afetada.

Pesquisas apontam um comprometimento significativo na maneira como as pacientes passam a se relacionar com seu contexto social e consigo mesmas após a cirurgia (Blanco-Sánchez, 2010a; Ferreira & Mamede, 2003; Rossi & Santos, 2003). Os sentimentos de vergonha, inferioridade e rejeição são relatados com frequência e aparecem como os principais obstáculos na retomada de relações mais saudáveis. Os impactos na dinâmica psicossocial não se esgotam com o final do tratamento e demandam um cuidado a longo prazo, sobretudo se considerado o expressivo aumento da sobrevida destas pacientes. Estudos tem investigado as consequências psicológicas e sociais dessa intervenção cirúrgica, especialmente no que se refere às alterações na imagem corporal (Hopwood et al., 2000; McGaughey, 2006).

Embora seja um conceito complexo, cuja definição pode gerar interpretações simplistas e equívocas, considera-se a imagem corporal como a impressão sensorial que se tem do próprio corpo (Násio, 2009). O termo imagem, neste caso, não se restringe ao sentido específico da visão, mas abrange as vivências afetivas, sociais e fisiológicas que vão influenciar na forma como o sujeito se percebe. Portanto, é um processo multidimensional e, sobretudo, dinâmico. Origina-se nas primeiras vivências do bebê com seu cuidador, recebendo, portanto, marcas singulares, atreladas à história pessoal e à subjetividade (Dolto, 2008). Posteriormente, os parâmetros culturais e as diversas experiências pessoais irão moldar

essa percepção e direcionar suas fragmentações e reconstruções. Entre os fatores que podem perturbar a imagem corporal, enfatiza-se o surgimento de doenças.

No caso do câncer da mama, o estudo da imagem corporal pós-cirúrgica favorece a compreensão do modo como a mulher percebe e lida com essa nova imagem, sobretudo frente a uma sociedade que exige dela um corpo sempre perfeito. Nesta perspectiva, diante de uma cultura que impõe padrões estéticos idealizados, cumpre elucidar de que forma a supervalorização do corpo vigente na sociedade moderna deixa suas marcas na maneira como a mulher concebe sua imagem corporal e o possível impacto desse fator sobre a paciente submetida à cirurgia mamária por câncer da mama.

As inquietações em torno da temática surgiram no decorrer das atividades acadêmicas, como estagiária e, posteriormente, como residente de psicologia, no acompanhamento de mulheres com suspeita ou diagnóstico de câncer da mama, atendidas no Ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. O contato com essas mulheres ocorreu em três momentos distintos: durante o estágio supervisionado no Projeto de Extensão *De Peito Aberto: Programa de Prevenção e Acompanhamento Integrado no Câncer da Mama*, no período de participação na pesquisa *Avaliação Psicossomática do Risco de Adoecimento de Câncer da Mama e sua relação com a História Familiar* e no período de realização da Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde, tanto no Ambulatório de Mastologia como no referido projeto de extensão.

A aproximação com a área de saúde da mulher teve início em 2006, através do estágio no projeto “De peito aberto”, que constitui uma abordagem de caráter interdisciplinar, envolvendo profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social. No desenvolvimento do trabalho, a equipe atua na assistência junto às mulheres e seus familiares, com proposta de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer da mama. As mulheres, público alvo do projeto, chegam ao ambulatório de mastologia do HU encaminhadas pelo Serviço de Ginecologia do próprio HU ou por outros serviços médicos de Juiz de Fora e adjacências. O projeto visa oferecer cuidados integrados à paciente e sua família, estimulando, inclusive, a participação ativa no processo de saúde e doença.

No mesmo ano, a integração na pesquisa de avaliação psicossomática trouxe à tona questões referentes à concepção de corpo atravessado por uma história pessoal singular e às implicações psíquicas e sociais que permeiam o adoecimento por câncer da mama.

Em 2010, durante o segundo ano de Residência em Psicologia Hospitalar e da Saúde, o trabalho no Ambulatório de Mastologia e no projeto “De peito aberto” possibilitou:

acompanhar individualmente as pacientes e suas famílias, estimulando a conscientização dessas quanto à importância da prevenção do câncer da mama; conhecer o contexto de vida das mulheres através de abordagem biopsicossocial; atender terapeuticamente a mulher que apresenta câncer da mama, desde o diagnóstico, seguido do tratamento, até sua reabilitação integral; esclarecer e orientar a mulher quanto as condutas e os tratamentos a serem realizados nas diversas fases do processo de atendimento; ajudar a paciente e a família a absorverem o impacto traumático resultante do diagnóstico e do tratamento; e, finalmente, trabalhar os mitos difundidos na sociedade acerca da doença.

A partir da escuta dessas mulheres, como acadêmica, pesquisadora e profissional de psicologia, algumas questões foram suscitadas e instigaram o desejo de conhecer melhor as nuances presentes neste adoecimento, que escapam ao tratamento médico convencional e que produzem efeitos nocivos na vida dessas pacientes. A clínica em Psicanálise ensina que, aquilo que é desvalorizado no discurso da paciente como banal ou supérfluo pela maioria dos profissionais de saúde, constitui o precioso material de labor do psicólogo.

O mal-estar vivido após a retirada parcial ou total do seio, não cessa com o fim do tratamento médico, nem mesmo com a reconstrução mamária. Percebe-se, na literatura científica, a necessidade de se avaliar os efeitos da cirurgia da mama na imagem corporal das pacientes com a finalidade de determinar se os impactos observados permanecem ou se atenuam ao longo do tempo (Hopwood et al., 2010; Sabiston et al., 2010; Sackey, Sandelin, Frisell, Wickman, & Brandberg, 2010).

Considerando-se o culto ao corpo como um dos paradigmas da contemporaneidade, seu impacto na imagem corporal das mulheres que tiveram câncer da mama só poderá ser detectado a partir da compreensão da maneira como seus ditames são percebidos e vivenciados por elas. Verifica-se que a experiência do corpo é sempre afetada pela cultura (Vilhena & Medeiros, 2005).

Destaca-se também a importância de utilizar a pesquisa qualitativa na abordagem desta temática, com vistas a permitir uma compreensão mais aprofundada da experiência de viver com uma aparência alterada, após o tratamento de uma doença que ameaça a vida (Sabiston et al., 2010; Anagnostopoulos & Myrzianni, 2009).

Tendo em vista este panorama, enfatiza-se a relevância de um maior esclarecimento no que diz respeito aos efeitos da cultura do corpo ideal na forma como a mulher submetida à cirurgia mamária por câncer da mama se percebe, se sente e se relaciona com o seu contexto

social, a fim de que se possa abrir portas às estratégias de acompanhamento e reabilitação que permitam a essa paciente restaurar sua integridade identitária.

No presente estudo, o primeiro capítulo é dedicado à problematização do corpo ideal e da imagem corporal no âmbito das ciências humanas e sociais. Sob um enfoque mais amplo, é discutido o lugar do corpo ideal na sociedade contemporânea e explorado o poder da imagem na difusão de valores culturalmente aceitos. À luz da teoria psicanalítica, ressalta-se o papel do corpo na constituição do sujeito e o percurso do corpo biológico ao corpo erótico, investido libidinalmente. É abordado ainda o conceito de imagem corporal, levando-se em conta suas controvérsias e tentativas de elucidação, para, logo em seguida, articulá-lo ao conceito de corpo ideal.

O segundo capítulo versa sobre o câncer da mama em seus aspectos epidemiológicos, biológicos e psicossociais. A incidência desse adoecimento no Brasil e no mundo é destacada no sentido de fomentar novas reflexões sobre a temática. Os fatores de risco, modalidades de diagnóstico e tratamento, bem como seus efeitos, são apontados a fim de ilustrar o processo de desenvolvimento da doença. Elucida-se também, a especificidade do diagnóstico e tratamento do câncer da mama sobre a vida psíquica, afetiva e social da mulher que está na faixa etária de 45 a 65 anos.

No terceiro capítulo, é apresentado o percurso metodológico do estudo. A natureza qualitativa do método, o cenário e a amostra que compõem a pesquisa, os instrumentos de extração e análise dos dados, e os cuidados éticos tomados, são minuciosamente descritos no intuito de favorecer a compreensão da trajetória adotada.

Os resultados, discutidos ao longo do quarto capítulo, são divididos em três subseções que trazem o perfil sócio-familiar das mulheres entrevistadas, a Análise do Discurso individual de cada uma delas e uma análise do conjunto das entrevistas, tendo o referencial psicanalítico como base para o estudo das questões norteadoras extraídas dos dados coletados.

Por fim, tecem-se as considerações finais em uma reflexão sobre os achados da pesquisa e sua contribuição para a melhoria da assistência integral às mulheres acometidas por câncer da mama.

1- CORPO IDEAL E IMAGEM CORPORAL

Na atualidade, os discursos acerca do corpo são atravessados por diferentes saberes e convocam especialistas das mais diversas abordagens para uma reflexão em torno do lugar que ele ocupa na sociedade contemporânea. No intuito de compreender melhor essa dinâmica, o presente capítulo faz um percurso pela maneira que o corpo é tomado na cultura, de um modo geral, e pela Psicanálise, especificamente.

O conceito de imagem corporal é apresentado a partir de uma perspectiva histórica e, em seguida, problematizado com seus principais vieses para, só então, ser explicitado o construto que norteia este trabalho.

1.1- A sociedade narcísica: o corpo na cultura

Celebrizada por Ovídio, na mitologia greco-romana, a lenda de Narciso traz a figura de um rapaz de beleza ímpar que se apaixona pelo reflexo de sua imagem e por ela perece. Narciso personifica a metáfora da sociedade pós-moderna que, encantada pela própria imagem refletida em fontes duvidosas, caminha em direção à supervalorização do que emerge na superfície e à consequente submersão do sujeito. Neste sentido, aquilo que pode ser facilmente captado pela função da retina é revestido de valores e, mais do que a essência, é a aparência que deve ser reverenciada. Sob o império da visão, sentido que pretende a apreensão imediata da realidade, a sociedade atual vive uma ilusão, um apaixonamento pelo que pode ser traduzido em imagem, sem a devida reflexão sobre o cenário que se apresenta.

Em seu livro *A sociedade do espetáculo*, o filósofo francês Guy Debord (1997) faz uma crítica a essa nova forma de organização social que insiste em tomar a vida cotidiana como um espetáculo constante e transforma a realidade em uma obra de ficção. Ele inicia o primeiro capítulo do livro com uma epígrafe que anuncia “Nosso tempo, sem dúvida... prefere a imagem à coisa, a cópia ao original, a representação à realidade, a aparência ao ser” (p. 13). Nesta perspectiva, natural e fabricado se entrelaçam e se confundem. No mundo virtual, qualquer semelhança com a realidade não é mais uma mera coincidência.

A subversão da realidade em ficção e vice-versa, anunciada por Debord, é reforçada pelos estudos do filósofo Žižek (2003), que discute o fenômeno dos *reality shows*, campeões de audiência ao transformarem a convivência de pessoas comuns em um programa de TV e,

em contraponto, analisa o impacto das imagens transmitidas ao vivo pelos canais de TV no momento do atentado de 11 de setembro, onde muitos pensaram estar vendo uma típica produção hollywoodiana e não uma cena real. Nas palavras de Debord (1997) “a realidade surge no espetáculo, e o espetáculo no real. Esta alienação recíproca é a essência e o sustento da sociedade existente” (p. 15).

Mediada pelo poder da imagem, as relações sociais exaltam o que está na superfície, o superficial, o que pode ser capturado pelo olhar. Para Klein (2007)

A intensificação da visão com o surgimento das mídias visuais, a sofisticação dos dispositivos do olhar, a colonização do espírito humano pela cultura de massa através da TV, o cinema e fotografia renderam à imagem, no século XX, o lugar mais honroso na comunicação social, a partir do qual se estabelece quase a totalidade das relações humanas, situação ainda marcante na entrada do século XXI, com a digitalização de nossas vidas. Tal processo de valorização e complexificação das imagens, na sua diversidade de suportes, formas, funções e atributos, leva-nos a concordar que a civilização contemporânea vive a cultura das imagens (p. 8).

Se, em um primeiro momento da dominação da economia sobre a vida pessoal, assiste-se a degradação do “ser” em “ter”, estimulada por uma lógica capitalista de transformação dos sujeitos em consumidores, atualmente, o que se observa, é a perda do prestígio e da função última do “ter” para o “parecer” (Debord, 1997). O consumo não se restringe à mercadoria em si, pois o que se consome são imagens e, em última instância, um estilo de vida culturalmente valorizado (Maia, 1998). Assim, não é a margarina que está à venda e sim toda uma promessa de alegria matinal cercada por uma família ideal. O carro do ano, a roupa da moda, a última novidade em cirurgia estética, não servem mais apenas ao conforto e autoestima de quem as possui, mas são usadas como objetos de fetiche para atrair o olhar do outro, ser causa do desejo alheio e até garantir essa suposta satisfação plena.

Tomando a visão como sentido privilegiado nas interações sociais, a cultura moderna exalta o imediatismo que só a imagem proporciona (Novaes & Vilhena, 2003). Atendendo aos desejos de objetividade e urgência, o que se apresenta à visão é rapidamente aceito como verdade e exime o sujeito/espectador da árdua tarefa da crítica e da introspecção. Nesta perspectiva, se a máxima preconiza que “uma imagem vale mais que mil palavras”, o diálogo e a argumentação perdem seu sentido e seu efeito.

Essa cultura, que valoriza o sujeito pelo que ele parece ser e pela forma que se apresenta no espaço social, acaba por produzir uma pseudo-realidade, na qual a aparência torna-se o principal balizador do que é ou não adequado. Conforme afirma o historiador

americano Christopher Lasch (1983) “nada faz mais sucesso do que uma imagem de sucesso” (p. 87). Para o autor, o homem atual vive uma busca incessante por mostrar-se perfeito e superior, visando aprovação, não por suas ações, mas por seus atributos pessoais. É melhor ser admirado do que estimado.

O homem moderno constitui sua identidade a partir dos fragmentos que a publicidade e a cultura de massa lhe fornecem como modelo (Lasch, 1983). Tal como um ator, cada sujeito se molda e se aprimora no papel que escolheu desempenhar, seja o de ‘nerd’ ou de ‘sarado’, o de ‘patricinha’ ou de ‘devassa’, cada um possui características peculiares que regem desde o modo de vestir e de falar até a maneira de se portar nas relações interpessoais. Todos esses estereótipos trazem como ponto comum uma necessidade constante de auto-vigilância, no intuito de corresponder aos padrões preestabelecidos de modo satisfatório. Segundo Lasch (1983), “de modo a polir e aperfeiçoar o papel que escolheu para si, o novo Narciso olha para seu próprio reflexo, não tanto por admiração, mas por uma incessante procura de imperfeições, sinais de fadiga, decadência” (p. 123). Dessa forma, nada que possa representar um desvio é tolerado, não há espaço para demonstração de medos, dúvidas e inseguranças. Deve-se estar sempre sadio, disposto e, obrigatoriamente, feliz. Portanto, se em tempos anteriores era possível gozar alguns momentos de tristeza no aconchego do lar, atualmente as misérias inerentes à condição humana são negadas, medicalizadas e silenciadas como causa de vergonha e constrangimento. A humanidade tornou-se escrava de si mesmo.

Como agravante, observa-se ainda que os limites entre a vida privada e o domínio público tornaram-se mais tênues, favorecendo hábitos exibicionistas entre as pessoas e uma maior preocupação com a imagem que propagam. Um exemplo patente é o rápido crescimento das redes sociais, espaços virtuais onde os sujeitos são convidados a se expor e, tal como produtos de uma vitrine, apresentar seus dotes e aptidões pessoais. Em uma realidade maquiada pela demonstração de alegria ininterrupta, visto que ninguém divulga uma fotografia em que não tenha ficado bem ou veicula uma queixa de seus próprios fracassos, vive-se um mundo de aparência, fabricado para ludibriar seus próprios protagonistas que acreditam que suas vidas, tal como representadas, são superiores à vida real.

A supremacia do *fake* sobre o natural desvela a evidente valorização do externo em detrimento do interno. Sobre este aspecto, o psicanalista Joel Birman (2001) chama a atenção para o fenômeno do autocentramento, que se apresenta inicialmente sob a forma da estetização da existência, onde o que importa para a individualidade é a exaltação gloriosa do

próprio eu. O autor observa que, o que o sujeito ganha em exterioridade, perde em interioridade (Birman, 2001).

O discurso externo versus interno remonta ao século XVI, com as concepções teóricas de Montaigne e de Descartes. O primeiro, por sua contribuição na construção meticulosa do espaço da interioridade como eixo de sustentação do sujeito, e por inaugurar a tradição ocidental do sujeito que, ao falar de si na primeira pessoa, comunica seus pensamentos e sentimentos particulares. O segundo, no século seguinte, por reafirmar a interioridade como a condição da individualidade e, até mesmo, da existência, com o célebre “penso logo existo”, considerando ainda a privacidade e a interioridade do sujeito como opostas ao espaço público e ao corpo como exterioridades (Birman, 2001). Rompendo com esse discurso tradicional, o que se assiste hoje é uma transformação crucial na problemática do sujeito na qual a exterioridade adquire um novo status e passa a ser excessivamente valorizada e legitimada socialmente.

Nesta perspectiva, o corpo como forma de apresentação material do sujeito é convocado a participar como exterioridade cada vez mais aclamada pela sociedade moderna. Trata-se do corpo não apenas como condição biológica ou fisiológica de existência, mas como instrumento de inclusão social, conforme explicitado mais à frente. A supervalorização estética do corpo humano o eleva (ou rebaixa) ao status de moeda de troca nas relações interpessoais.

Visto que o sujeito vale pelo que parece ser, o cuidado excessivo com a própria aparência é marcante na atualidade. Transformado em objeto, o corpo deve ser alvo de sucessivos polimentos de modo a realçar seu brilho e merecer a permanente admiração do próprio sujeito e dos outros. Afinal, esse é o principal objetivo da cultura do espetáculo, a exibição que permite ao sujeito gozar com a admiração que provoca diante do olhar do outro (Birman, 2001).

Cercados de espelhos, atores e espectadores procuram segurança quanto à capacidade de cativar ou impressionar as outras pessoas, vigiando qualquer mancha que possa prejudicar a imagem que desejam projetar (Lasch, 1983). A exigência em mostrar uma ótima performance, muitas vezes maquiada sob um falso pretexto de valorização de hábitos saudáveis, extrapola o âmbito da boa forma física e se evidencia também no registro sexual, na qual o corpo deve se apresentar sempre bem disposto e insaciável. Levado ao limite, o

autocentrimento conduz, paulatinamente, ao apagamento da alteridade¹. Neste contexto, a própria atividade sexual é destituída de seu caráter afetivo para se tornar mais uma maneira de apropriação do outro como objeto de predação e gozo, através do qual o eu se glorifica e enaltece (Birman, 2001).

A fluidez das relações afetivas cotidianamente verificadas reflete essa cultura que concebe o sujeito como objeto de consumo e, como tal, passível de troca em caso de ‘defeito de fabricação’. A lei do mercado capitalista, que promete “satisfação garantida ou seu dinheiro de volta”, rege grande parte dos relacionamentos atuais nos quais os sujeitos que se destacam por seus dotes físicos, ou financeiros, são mais valorizados, enquanto aqueles que se esforçam para alcançar esse patamar ideal, quando fracassam nesta missão, são substituídos.

Além das relações afetivas, onde a atratividade é, na maioria dos casos, um pré-requisito para o interesse inicial entre as pessoas, nota-se também a influência da aparência nos dispositivos sociais, profissionais e nas disputas de poder. Em seus estudos, os autores Mowen e Minor (2003 como citado em Rodrigues & Péres-Nebra, 2007) verificam que comunicadores fisicamente atraentes têm maior capacidade de promover mudanças de crenças positivas do que aqueles que não são tão atraentes. Esses achados justificam a preferência por pessoas consideradas bonitas no campo da propaganda, já que estas são vistas de maneira mais positiva e geram um reflexo mais favorável sobre a marca que anunciam.

O efeito da imagem pública encontra relevância também no campo da política, no qual os candidatos são definidos em função de valores morais e certas características pessoais, relativas à sua aparência física, seu modo de falar, de vestir, de expressar sentimentos e emoções. As mudanças na imagem pública do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, gerenciadas pelo publicitário Duda Mendonça nas eleições de 2002, constituíram um dos fatores essenciais para tornar a disputa de Lula competitiva e com chance de vitória (Rodrigues & Péres-Nebra, 2007). Verifica-se o uso do mesmo artifício na campanha publicitária que elegeu a atual presidente Dilma Rousseff.

É inegável a influência da mídia, da moda e da indústria cosmética na construção e manutenção de formas ideais de beleza. A padronização da imagem, que tem como pano de fundo um desejo quase eugênico de controle da aparência, é conquistada a partir da atribuição de julgamentos morais e significados sociais às características estéticas (Novaes & Vilhena,

¹ Alteridade é a “relação de oposição entre o sujeito pensante (o eu) e o objeto pensado (o não eu). Psic. relação com outrem”. (*Grande Enciclopédia Larousse Cultural*. (1998). São Paulo: Nova Cultural. p. 220).

2003). Um exemplo disto é o uso recorrente do termo “cabelo ruim” para qualificar os cabelos crespos.

Os discursos que normatizam o corpo – seja científico, tecnológico, publicitário, médico, estético etc. – gradativamente dominam a vida simbólica do sujeito (Novaes & Vilhena, 2003). Frente ao bombardeamento desses vários discursos, o imperativo da beleza confina a subjetividade às máscaras de uma pretensa hegemonia, fabricando sujeitos em série, com padrão de qualidade testado e aprovado. Para Debord (1997), quanto maior a alienação do espectador, ou seja, quanto mais o sujeito aceita reconhecer-se nas representações impostas pela sociedade, menos ele compreende a sua própria existência e o seu próprio desejo. Em outras palavras “quanto mais ele contempla, menos vive” (p. 24).

O corpo perfeito, idealizado pela mídia e pela chamada “indústria da beleza”, propõe patamares inatingíveis para a maioria das pessoas. Mesmo aqueles que vivem da imagem exposta nas revistas, lançam mão, em algum momento, dos recursos da tecnologia computadorizada a fim de retocar ou remodelar alguns detalhes (Maia, 1998). Nesta perspectiva, a imagem de corpo que é vendida não condiz *ipsis literis* com a realidade.

De todo modo, constata-se, na população em geral, que a obstinada busca pelo corpo ideal tem acarretado uma falta de limites. Para se adequar aos padrões preestabelecidos pela sociedade, assiste-se ao expressivo aumento do número de cirurgias plásticas com fins puramente estéticos, uso indevido de esteróides e desenvolvimento de transtornos alimentares. Observa-se ainda que a preocupação com a aparência é carregada de investimentos pessoais. Os cuidados estéticos revelam-se como um aparato fundamental para enfrentar os julgamentos e expectativas sociais e vinculam-se diretamente à visibilidade que o sujeito deseja atingir, seja o de evitar o olhar do outro², ou a ele se expor (Novaes & Vilhena, 2003).

Ultrapassando os limites do biológico, o corpo torna-se então produto e veículo de trocas sociais, domesticado pelos ideais higienistas, numa leitura foucaultiana, sofre os efeitos de seu tempo e do contexto em que está inscrito. Dessa forma, o corpo dos indivíduos pode ser vivenciado de maneira diversa conforme a classe social em que ele está inserido.

Em uma pesquisa francesa realizada pelo sociólogo Luc Boltanski (1989) nos anos de 1967 e 1968, cento e vinte pessoas de diferentes classes sociais foram entrevistadas em relação aos cuidados médicos e sanitários adotados. O autor observou que as técnicas de

² Aqui, a referência é ao “outro” enquanto semelhante. Ao *Outro*, com “o” maiúsculo, de que trata a Psicanálise e cuja participação é também fundamental no processo de constituição da imagem do corpo do sujeito, será reservado um espaço no capítulo adiante.

cuidados corporais, as práticas sexuais, a gestualidade e as utilizações lúdicas do corpo variavam conforme o nível socioeconômico do sujeito. Ele postulou o conceito de *cultura somática* (p.145) para determinar um sistema de normas, basicamente inconscientes, que regem o comportamento corporal em cada grupo social e o grau de interesse que é conveniente atribuir ao corpo em si. Neste sentido, verificou-se que a atenção dispensada ao próprio corpo, fosse à sua aparência ou às sensações de prazer ou desprazer que ele despertava, crescia conforme se elevava a hierarquia social, enquanto que, ao contrário, a resistência e a força física diminuía. Os membros das classes populares, cujos corpos eram vistos, na maioria das vezes, como instrumentos de trabalho, reprovavam o cuidado excessivo com a aparência e com a saúde.

No estudo do corpo entre as diferentes camadas da sociedade, cabe considerar não apenas a reflexividade da relação que um sujeito mantém com o próprio corpo, como também sua aptidão para expressar as sensações vivenciadas (Boltanski, 1989; Figueira, 1975). Nesta perspectiva, além dos valores atribuídos aos cuidados com a aparência e saúde física, os recursos de linguagem disponíveis para nomear as experiências corporais são também influenciados pela posição social. Enquanto as classes com maior poder aquisitivo lançam mão de um vocabulário mais técnico e abstrato para se referir às suas impressões sensoriais, as classes populares recorrem a um discurso mais universal e concreto. Além disso, Boltanski (1989) aponta que as regras sobre até que ponto é conveniente falar do corpo e os limites a partir dos quais uma sensação deve ser tida como anormal não são idênticos nos diversos grupos sociais.

Atualmente, com a globalização, a corpolatria difundiu-se também nas classes menos favorecidas. Contudo, o acesso aos recursos estéticos (academias, salões de beleza e clínicas de tratamentos) ainda se encontram restritos às classes dominantes. Condenados a exibir o corpo de sua classe social, os sujeitos que não podem comprar a boa forma física fornecida pelas academias, se sentem estigmatizados (Malysse, 2007). Observa-se que

(...) em tal contexto estético-social (...) a imprensa feminina brasileira está repleta de exemplos de ‘self-made women’ que atingiram o sucesso social ao modelar um novo corpo para si. Assim, outras também sonham em mudar seus corpos para mudar de classe (p. 103).

Um estudo realizado com mulheres de classes sociais diferentes encontrou que o padrão estético imposto pela sociedade contemporânea afeta a todas independentemente de sua posição econômica (Coelho & Fagundes, 2007). A necessidade de afirmação social e a identificação com os valores estandardizados na cultura atual apresentam-se em todas as

classes sociais, sobretudo no Brasil, onde a busca pela beleza é mais uma expressão da identidade de seu povo (Del Priore, 2000). Porém, conforme explicitado, nem todos dispõem dos mesmos meios para alcançar o ideal estético almejado.

Diante do exposto, depreende-se que, embora o nível socioeconômico exerça alguma influência sobre a maneira pela qual o corpo é tomado nos diferentes estratos sociais e que o acesso aos recursos para moldá-lo não sejam igualmente acessíveis, os padrões de beleza disseminados parecem incidir sobre todos os sujeitos de uma forma ou de outra.

Não se pode ignorar também a influência do gênero neste discurso. A busca por atingir o ideal de beleza vigente marca a relação da mulher com o seu corpo em todas as épocas e culturas (Fernandes, 2008). Novaes e Vilhena (2003) destacam que, para a mulher, a beleza é representada como um dever, não apenas social, do tipo “se conseguir ser bonita, melhor”, mas moral, do tipo “se quiser ser bonita, eu consigo”. Neste sentido, enquanto em tempos passados culpava-se a natureza pelo infortúnio da falta de beleza, na atualidade a culpa recai sobre o indivíduo e sua negligência com o próprio corpo. Assim, “se historicamente as mulheres preocupavam-se com sua beleza, hoje elas são responsáveis por ela” (Novaes & Vilhena, 2003, p. 25).

O descompasso entre o padrão de estética proposto e a realidade torna-se cada vez mais evidente e o dispositivo repressivo sobre o corpo como objeto de consumo intensifica-se, deixando entrever um constante mal-estar. A insatisfação com o corpo é frequente nos diálogos femininos e o fracasso frente à forma ideal aponta para uma incapacidade individual. Em um sentimento de frustração e impotência, a mulher passa a ser algoz de si mesma, desenvolvendo uma relação persecutória com o próprio corpo em que cada mínima imperfeição é experimentada como catastrófica (Fernandes, 2008; Novaes & Vilhena, 2003).

No público masculino, a preocupação com a estética é recente e vista como algo secundário. Para os homens, a boa aparência refere-se a elementos de outra ordem, como o mérito envolvido no papel social que ocupam, e os desleixos são tolerados como indícios da falta de tempo em função de uma vida profissional agitada (Novaes & Vilhena, 2003). Em *A dominação masculina*, o sociólogo francês Pierre Bourdieu (2002) aponta que a beleza nos homens encontra-se associada a traços agressivos e exagerados, vistos como sinônimo de virilidade. Daí a preocupação dos homens com a altura, o tamanho do pênis e o investimento em horas de musculação, regadas, muitas vezes, a esteróides. Contudo, sabe-se que homens com um físico pouco atraente podem contar com outros meios de sedução como o prestígio, sucesso financeiro, inteligência, humor, não dependendo necessariamente da sua aparência

física para seduzir (Gomes & Caramaschi, 2007). Contrariamente ao que ocorre com as mulheres, os homens são desencorajados a demonstrar cuidados excessivos com a aparência sob o risco de terem sua orientação sexual questionada (Goldenberg, 2005; Novaes & Vilhena, 2003).

Para as mulheres, seus atrativos físicos têm relação direta com suas conquistas subjetivas e guardam uma função preponderante na felicidade amorosa, familiar e sexual. Dessa forma, “não basta ser uma boa mãe, uma esposa dedicada e uma profissional competente, é preciso estar enxuta para que cada um desses papéis seja mais valorizado socialmente” (Novaes & Vilhena, 2003, p. 31). A psicanalista Maria Helena Fernandes (2008) utiliza a figura da “mulher-elástico” para representar essa mulher contemporânea, que se esforça para corresponder às expectativas e demandas a que está submetida.

As transformações no modo de vida das mulheres tem se processado de maneira acelerada desde a década de 50. A entrada no mercado de trabalho, o acesso à formação universitária, o advento da pílula anticoncepcional e as mudanças nos contratos matrimoniais propiciaram a saída da mulher do âmbito estritamente doméstico e a progressiva conquista do espaço público, antes dominado pelos homens (Fernandes, 2008). Tais ganhos, como não poderia deixar de ser, exigiram um preço e “no que diz respeito à sua inserção na cultura, as mulheres confrontam-se hoje não apenas com as transformações dos ideais, mas com um verdadeiro acúmulo deles” (Fernandes, 2008, p. 216). Presas entre as tarefas domésticas e as responsabilidades do espaço público, ou dito de outra forma, “esticadas entre uma identificação passiva e materna e outra ativa e fálica, as mulheres vão tentando lidar com o excesso que caracteriza as demandas do seu cotidiano”(idem).

Para corresponder a essa amplitude de ideais, a mulher-elástico precisa não apenas “ser” a mulher ideal como também “ter” o corpo ideal (Fernandes, 2008). A tirania da perfeição, empurra a mulher para uma identificação com modelos pré-fabricados e, mais do que nunca, ela fica à mercê de prescrições. Agora não é o marido, o padre ou o médico quem dita o que deve ser feito com o seu corpo, e sim o discurso jornalístico e publicitário (Del Priore, 2000). Diante de suas inúmeras atribuições, a mulher contemporânea se vê sempre em dívida consigo própria e com os outros que a cercam e “vive culpada frente à constatação da impossibilidade de ser tudo isso que se exige dela”(Fernandes, 2008, p.218).

Cabe destacar que, felizmente, nem todas as mulheres respondem deste lugar subjugado ao ideal de beleza e de perfeição. Existem aquelas capazes de fazer escolhas mais

independentes do discurso hegemônico e identificar-se em outras posições. Todavia, essas constituem exceções, se consideradas as representações sobre a feminilidade de modo geral.

De qualquer modo, independente do nível socioeconômico ou do gênero do sujeito, aqueles que não se encaixam no perfil de beleza e sucesso estabelecidos, acabam vítimas de preconceito e discriminação. Entre as crianças, tal fato pode ser evidenciado através do uso de apelidos pejorativos, como ‘baleia’, ‘quatro olhos’, ‘dentuço’ e ‘tampinha’, que destacam determinadas características físicas consideradas inadequadas. Os adultos, embora mais sutis, apresentam-se, em grande parte dos casos, igualmente implacáveis, à medida que exigem, por exemplo, a dita “boa aparência” como parte do currículo nas contratações de funcionários que lidam diretamente com o público.

Em um sentimento de insatisfação constante, o sujeito moderno se julga sempre aquém do padrão de normalidade decretado pela mídia (Maia, 1998). Em consequência disso, assiste-se à agudização dos sintomas da chamada *psicopatologia da pós-modernidade* que, segundo Birman (2001), “se caracteriza por certas modalidades privilegiadas de funcionamento psicológico, nas quais é sempre o fracasso do indivíduo em realizar a glorificação do eu e a estetização da existência que está em pauta” (p. 168).

A depressão, a síndrome do pânico, as toxicomanias e os transtornos alimentares, são algumas das psicopatologias modernas que ganharam destaque na literatura científica nos últimos trinta anos devido à profunda relação que trazem com o mal-estar instaurado na cultura atual, que prega o sucesso, a beleza e a felicidade a qualquer custo (Birman, 2001). Nesta visão de mundo, os sujeitos deprimidos e “panicados” são considerados fracassados por não serem capazes de exercer o fascínio de sua existência. Em uma via oposta, pode-se pensar também que é a própria incapacidade de exibir seu brilho que torna o sujeito deprimido e panicado. Neste contexto, as drogas, sejam elas psicofarmacológicas ou não, apresentam-se como uma possibilidade de acesso à glória do espetáculo e ao mundo da performance (Birman, 2001). Por fim, nos transtornos alimentares, que marcam um sintoma evidenciado no corpo, a insatisfação com a aparência é levada ao extremo e conduz o sujeito a colocar a própria vida em risco sob o pretexto de estar conforme as normas estéticas estabelecidas.

Sabe-se que a insatisfação corporal é frequente na população em geral (Fernandes, 2008). Todavia, esse sentimento de inadequação pode ser agravado quando as alterações corporais decorrem de cirurgias ou outras intervenções médicas, associadas a um adoecimento, como nas cirurgias por câncer da mama por exemplo.

Quem não se encaixa no perfil estético preconizado, necessita de outros meios para lidar com a nova realidade de seu corpo. Corpo este que, como mencionado, não se restringe ao biológico, é permeado por aspectos socioculturais que o qualificam e, sobretudo, recebe (in)vestimentos afetivos que atravessam sua constituição e desenvolvimento. Sobre este último ponto cabe uma reflexão à parte.

1.2- O lugar do corpo na constituição do sujeito: olhar da Psicanálise

O discurso psicanalítico se ocupa das questões acerca do corpo humano desde as suas primeiras investigações. É a partir do contato com as pacientes histéricas, no final do século XIX e início do século XX, que Sigmund Freud constata a natureza psíquica de algumas manifestações somáticas, até então incompreensíveis do ponto de vista médico. O corpo histérico escapa a qualquer saber biológico e revela uma nova via de expressão: o corpo enquanto linguagem.

Contudo, percebe-se um gradativo afastamento do pensamento psicanalítico da problemática do corpo somático ao longo do tempo. Com a emergência, na clínica contemporânea, de psicopatologias que ligam-se de algum modo ao corpo biológico – como os transtornos alimentares, modificações e manipulações corporais – a Psicanálise se viu convocada a pronunciar-se sobre essa nova realidade (Ferraz, 2008).

No texto *O ego e o Id*, escrito em 1923, Freud explicita o lugar especial reservado ao corpo na constituição do psiquismo, afirmando que “o ego é antes de tudo um ego corporal” (1974, p. 41). Em uma nota de rodapé introduzida alguns anos depois, segundo o tradutor, Freud enfatiza que “o ego em última análise deriva das sensações corporais, principalmente das que se originam da superfície do corpo”(p.40). Sob a premissa básica de que não há sujeito sem um corpo biológico que o sustente, cabe tecer algumas considerações sobre o corpo de que trata a Psicanálise. Corpo que vai além do somático e constitui um todo permeado pela história do sujeito.

Ao nascer, o bebê é, no dizer do psicanalista francês Jacques Lacan, como um bolo de carne. Ele deixa o ambiente seguro e estável do útero materno para ser lançado em um mundo repleto de estímulos (visuais, sonoros e sensórios), com os quais não dispõe de recursos próprios para lidar. Inicialmente, o bebê vivencia seu próprio corpo de maneira fragmentada, ou seja, não existe ainda uma percepção global do que seja sua integridade. A

diferenciação entre o eu e o não-eu ainda precária, leva o pequeno ser a tomar como suas, partes que compõem o ambiente externo. Sem a dimensão necessária que o delimite enquanto indivíduo único, experimenta um corpo estilhaçado, sem limites, impossível de controlar.

Neste primeiro momento, a criança se encontra em um estado que Freud chamou de *auto-erótico* (Freud, 1914, p. 93). Este constitui um estado inicial da libido, no qual as *pulsões*³ atuam de forma dispersa e não há um Eu⁴ constituído. O princípio da unidade corporal será alcançado graças a uma nova ação psíquica⁵ que marcará a passagem do auto-erotismo para o *narcisismo* (Freud, 1914). “Na tradição grega, o termo narcisismo designa o amor de uma pessoa por si mesmo” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 530).

Segundo consta na nota do editor inglês para o texto *Sobre o narcisismo: uma introdução* (Freud, 1914), o fundador da Psicanálise havia declarado, já em 1909, que “o narcisismo era uma fase intermediária necessária entre o auto-erotismo e o amor objetal” (p.85). Para que o indivíduo abra mão da satisfação que ele obtém do próprio corpo é preciso que ele se depare com a possibilidade de satisfações externas, isso ocorre à medida que ele tem suas necessidades básicas de cuidados atendidas por uma fonte também prazerosa.

Percebe-se, neste período, uma preocupação da teoria freudiana em realizar as primeiras diferenciações quanto à natureza das pulsões. Freud postula a existência de uma “catexia⁶ libidinal original do ego, parte da qual é posteriormente transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as catexias objetais” (1914, p. 92). Esse primeiro dualismo pulsional⁷, que pode ser expresso pelo antagonismo entre *pulsão de autoconservação* (pulsão do eu) e *pulsão sexual* ou, popularmente falando, entre fome e amor, necessidade e desejo, foi observado nos sintomas neuróticos em que os pacientes apresentavam uma “existência dúplice: uma para servir as suas próprias finalidades e a outra

³ Um dos conceitos mais importantes da teoria psicanalítica, a pulsão pode ser definida como carga energética que se encontra na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico inconsciente do homem. Demarca um limite entre o psíquico e o somático (Roudinesco & Plon, 1998).

⁴ O termo alemão *Ich* pode ser traduzido para o português como Eu ou Ego. Nas citações literais é mantida a tradução utilizada pelo autor. Quando não for o caso, adota-se o termo Eu.

⁵ Embora Freud não tenha explicitado o que seria essa “nova ação psíquica”, ela foi bastante explorada por Lacan e desenvolvida com o nome de “estádio do espelho”. Esse ponto será retomado mais adiante.

⁶ Habitualmente traduzida por “investimento”, a catexia liga-se à ideia de mobilidade e fluidez, referindo-se à circulação energética (Hannz, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago).

⁷ O segundo dualismo pulsional aparece em 1920, de forma bem mais elaborada, sob os nomes de pulsão de vida e pulsão de morte (Freud, S. (1974). *Psicologia de grupo e análise do Ego*. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 18, 89- 179). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1921)).

como um elo numa corrente, que ele serve contra a sua vontade ou pelo menos involuntariamente” (p.94). É o típico discurso: o que vão falar de mim se eu fizer isso que eu quero?!

No caso do narcisismo, essas pulsões aparecem unidas e indissociáveis. A fome e o amor são saciados pela mesma via. O seio materno sintetiza a resposta à necessidade e à “vontade” do bebê e, por isso, se constitui como seu primeiro objeto de amor com o qual irá se identificar. A esse tipo de escolha objetal, que pode ser a mãe ou qualquer outra pessoa que a substitua, Freud deu o nome de tipo *anacético* ou *de ligação*. A criança pode também tomar não a mãe, mas a si mesmo como objeto de amor, evidenciando um tipo de escolha *narcisista*. É importante lembrar que ambos os tipos estão abertos a cada indivíduo, embora ele possa mostrar preferência por um deles. Assim, Freud aponta que “um ser humano tem originalmente dois objetos sexuais – ele próprio e a mulher que cuida dele” (p. 104) sugerindo a existência de um narcisismo primário em todos.

A diferenciação entre um narcisismo primário e secundário pode ser formulada afirmando-se que, no primeiro caso, o que se verifica é um investimento libidinal dirigido exclusivamente para o Eu enquanto que, no segundo caso, o investimento libidinal busca, nos objetos externos, elementos que possam reavivar ou confirmar o sentimento de “onipotência” antes experimentado. A máxima “O brilho dos filhos respinga nos pais” ilustra essa revivescência do narcisismo. Basta que, seguindo a sugestão do próprio Freud, observemos as maneiras pelas quais pais afetuosos atribuem a seus filhos todas as perfeições possíveis. A superestima do poder dos desejos e atos mentais, o *pensamento mágico*, a crença de poder controlar o mundo, também são alguns indicadores de que o narcisismo nunca é totalmente abandonado.

Conforme mencionado, para se constituir enquanto sujeito, a criança precisa renunciar a satisfação auto-erótica e, através do narcisismo, ensaiar seus primeiros passos rumo ao amor objetal. Mas ela o faz em razão de quê? Que “nova ação psíquica” é essa, citada por Freud, que confere ao infante uma unidade corporal? A resposta a estas questões é uma das maiores contribuições de Lacan à teoria psicanalítica.

Único animal que nasce prematuro, o ser humano depende, desde o início, de um Outro que lhe garanta a sobrevivência (através da proteção, alimentação, cuidados com a higiene...) e o desenvolvimento (através da relação de afeto, da linguagem, da inserção num grupo social, da transmissão cultural...). Esse Outro, que geralmente é a mãe, é quem cumpre essa função de primeiro cuidador. Ela oferece os cuidados básicos e organiza o caos inicial

em que o bebê está imerso, nomeando, interpretando e simbolizando o mundo que o rodeia. Ela diz: ‘Tens fome’, ‘Olha a perninha do neném!’, ‘Você é a coisa mais linda!’ e, neste banho de significações, o choro, as expressões e o corpo desse pequeno ser ganham o status de linguagem. Ao manusear o corpo da criança, o cuidador fornece não só suporte físico, mas também emocional na medida em que investe afetivamente nesta relação e permite ao bebê alcançar seu lugar no mundo. A criança transcende o âmbito da pura necessidade fisiológica e ascende à posição do desejo.

Nesta direção, a teoria freudiana ressalta a dimensão libidinal que reveste o corpo como uma construção gradativa. O fundador da Psicanálise esclarece que qualquer sistema de órgãos pode ter sua função perturbada a fim de servir às exigências do desejo (Freud, 1917). Esse processo, que o psicanalista francês Christophe Déjours (1991) aponta, citando Freud, como sendo um *apoio da pulsão* na função fisiológica, consiste numa sutil percepção de que o órgão não se limita à pura satisfação da necessidade, mas também busca o prazer. Déjours esclarece que “graças ao apoio, o registro do desejo instaura sua primazia sobre o registro da necessidade e a pulsão se separa parcialmente do instinto” (p. 96). Essa separação é fundamental para que o sujeito que a Psicanálise trata, ou seja, o sujeito do desejo, possa advir. Verifica-se que o corpo fisiológico tem sua função subvertida para a emergência do *corpo erótico*. Déjours (1991) ilustra esse fenômeno adotando como exemplo o uso que a criança faz de sua boca, esse órgão que, a princípio, servia apenas à função de nutrição, passa a ser utilizado também para seu prazer.

É no diálogo entre o corpo funcional e o corpo atravessado pela fala e cuidados da mãe que o desenvolvimento do corpo erótico ocorre. O funcionamento psíquico deste cuidador, suas fantasias, sua sexualidade, sua história e neurose infantil marcam, de maneira singular, a relação que este estabelece com a criança e o modo como esta última vai perceber sua própria existência (Déjours, 1991).

No que Lacan (1998) chamou de *estágio do espelho*, a mãe reflete para o bebê, através do seu olhar, uma antecipação da sua imagem unificada. Segundo Volich (2008)

(...) no início da vida, a criança não se vê com os próprios olhos mas através do olhar, das palavras e do desejo daquela (ou daqueles...) que a amam, mas que também, muitas vezes a odeiam (...) Esses desejos, o amor e o ódio presentes nesta relação forjam a representação que o filho constrói de si, de seu corpo, da realidade, do outro (p.224).

Todavia, esse reflexo é a princípio alienante, pois traduz um mecanismo de *identificação primária* (Freud, 1923, p.42) onde a distância entre Eu e o Outro não existe.

Nesta primeira relação, marcada pela simbiose e pela indiferenciação, o bebê ocupa para a mãe um lugar privilegiado, onde ela pode reviver seu próprio narcisismo ao atribuir ao filho todas as fantasias de perfeição as quais ela teve que renunciar (Volich, 2008). O olhar materno, ao mesmo tempo que unifica o corpo da criança o adorna com idealizações de que esta “concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram – o menino se tornará um grande homem e um herói em lugar do pai, e a menina se casará com um príncipe como compensação para sua mãe”(Freud, 1914, p.108). Colada à imagem da mãe como se fosse a sua própria imagem, a criança acredita ser completa, onipotente. Amando a si mesmo no Outro, o sujeito abre mão do auto-erotismo e mergulha no lago do narcisismo.

Aos poucos, essa imagem idealizada vai se desconstruindo. A mãe demora pra atender o filho, surge um terceiro nesta relação (pai, trabalho...), e o bebê, destronado, percebe que ele é “um” no mundo e não “o” no mundo. Essa “falha” da mãe é considerada fundante, pois é graças a ela que a criança poderá se ver como sujeito distinto e estará apta a buscar novos objetos de amor, assim como reconhecer a existência de outros ideais além daqueles regidos pelo seu narcisismo (Lazzarini & Viana, 2006). Embora o mecanismo de identificação continue a ocorrer em outras etapas da vida do sujeito, ele adquire novas nuances. O que se vê posteriormente é uma identificação secundária, onde o indivíduo toma traços ou características de outras pessoas, sejam elas amadas ou não, para compor a sua maneira de ser.

Buscando recuperar a perfeição antes experimentada, o sujeito projeta diante de si a forma de um *Eu ideal* onde “seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (Freud, 1914, p.111). Oriundo das primeiras experiências de organização narcísica do Eu através da identificação primária, descrita acima, o Eu ideal passa a receber o investimento afetivo outrora dedicado ao Eu real. Neste sentido, o narcisismo do sujeito se desloca para esse novo Eu ideal, o qual, como o Eu infantil, se acha possuidor de toda a perfeição (Volich, 2008).

A formação de um ideal aumenta as exigências do Eu, constituindo o fator mais poderoso a favor do recalque, já que qualquer ranhura nessa imagem idealizada pode ser tomada como uma ameaça grave à sua existência. Freud aponta a sublimação⁸ como uma saída possível, uma maneira pela qual essas exigências podem ser atendidas sem envolver recalque.

⁸ Energia libidinal deslocada para atividades que aparentemente não guardam qualquer relação com a sexualidade, como as produções literárias, artísticas e intelectuais (Roudinesco & Plon, 1998).

Superar este narcisismo primário e voltar sua atenção para outros objetos e para o mundo é um processo doloroso, porém necessário, de desenvolvimento do Eu. Essa superação pressupõe o reconhecimento de que a perfeição almejada é uma ilusão impossível de ser sustentada por muito tempo. É admitindo a falha, reconhecendo a castração, que se torna possível romper a ilusão fusional do narcisismo primário e passar de uma relação dual para uma em que há um terceiro. A partir disso, o Eu busca recuperar o amor do outro identificando-se com seus objetos e constituindo o *ideal do Eu* (Volich, 2008).

Enquanto o Eu ideal está vinculado às vivências narcísicas e se apresenta como um resquício do ideal de completude, o ideal do Eu pode ser pensado como uma instância posterior e mais elaborada que, a partir das identificações secundárias, dá origem ao *Supereu* (Freud, 1923). Essa “instância psíquica especial” (Freud, 1914, p.112), cuja tarefa é vigiar o Eu real e medi-lo pelo Eu ideal, tem a missão de recalcar o Complexo de Édipo (‘Você não pode ter tudo que seu pai tem’) e, ao mesmo tempo, é herdeira dele, já que surge a partir de uma identificação com um modelo ideal e da interdição a um desejo impossível de ser realizado.

Como consequência da interdição da realização do desejo incestuoso com os pais, por medo da ameaça de castração, a criança renuncia à satisfação incestuosa e incorpora a seu ego um conjunto de proibições e de imperativos morais aos quais ela passa a se submeter. Mais uma vez, por amor e por identificação, ela interioriza a autoridade parental, formando assim o ideal de ego, posteriormente denominado superego (Volich, 2008, p. 228).

Ao longo da vida, o Eu ideal continua a se manifestar como um estado de exigência plena e irrevogável do sujeito com relação a si mesmo. A clínica revela as vicissitudes daqueles que se dispõem a qualquer sacrifício a fim de responder às demandas que lhes são impostas, visto que não conseguem renunciar ou superar as promessas de amor e de gozo oferecidas pela cultura atual exigidas pelo Eu ideal (Volich, 2008). Neste contexto, a perda do corpo perfeito e saudável, suscitada por questões estéticas e, principalmente, nas situações de adoecimento, traz o imponderável à tona e põe em xeque o pretense sentimento de onipotência e invulnerabilidade do qual se revestiu o sujeito.

Observa-se uma gradativa diferenciação e construção que a criança faz na tentativa de dar conta do seu próprio ser. É claro que esta articulação é diretamente influenciada pelas relações primárias desenvolvidas. Afinal, o encontro com o Outro é um dos alicerces que constitui as características do sujeito. Os comentários dirigidos ao infante (‘parece com o fulano’, ‘ele é tão quietinho’, ‘você não tem jeito’...) formam uma cadeia de significantes pela

qual este irá deslizar ao longo de sua vida e que auxiliam na composição do mosaico ‘quem sou eu?’. Assim, o sujeito se constitui a partir do olhar e das ‘falas’ que o Outro lhe dirige, do lugar que ele ocupa no imaginário da sua família, antes mesmo de nascer. Porém, o sujeito não recebe passivamente tudo que lhe é atribuído, ele pode se posicionar de diferentes maneiras a partir do lugar em que é colocado, ou pode, até certo ponto se recusar a assumir esse lugar.

As interações primordiais permitem não só a sobrevivência do indivíduo como também a sua emergência enquanto sujeito e vai marcar, sobremaneira, todas as relações que este estabelecerá consigo mesmo e com o contexto cultural em que está inserido. Não se deve esquecer, portanto, o fato de que esse laço fundante é atravessado todo tempo por valores socialmente difundidos e que, por intermédio da mãe, são transmitidos à criança.

Ao considerar esse corpo recortado pela cultura, deve-se refletir também sobre o modo como se processa a construção das instâncias ideais – Eu ideal, ideal de Eu e Supereu (Fernandes, 2008). Sabe-se que o Supereu, além de agente responsável pelas interdições, veicula também os imperativos da cultura vigente que, no caso da sociedade contemporânea, é a exigência do sucesso, da felicidade e da estetização do eu (Cruz, 2002).

Conforme testemunha a invenção da Psicanálise, cabe às mulheres emprestarem seus corpos para denunciar as mazelas da dimensão subjetiva de seu tempo (Fernandes, 2008). Nesta perspectiva, constata-se a diferença entre homens e mulheres no que tange a construção do aparelho psíquico e de suas instâncias ideais, sobretudo o Supereu.

No artigo “Algumas consequências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos” escrito em 1925, Freud aborda a questão da ferida narcísica vivida pelas mulheres em virtude da não visibilidade de seu sexo. O que falta à mulher tenderá a ser compensado com uma supervalorização de tudo aquilo que for visível (Vilhena & Medeiros, 2005). Assim, “se o mandamento estabelecido pelo superego masculino é ter o falo, a direção apontada pelo ideal de Eu das meninas é ser desejada, é ter sobre seu corpo o olhar amoroso e desejante daquele que, supostamente, tem” (Zorzan & Chagas, 2011). É esse olhar que, incorporado, se transforma em um espelho interno para quem o sujeito feminino pretende mostrar sempre sua melhor imagem (Vilhena & Medeiros, 2005).

Em 1933, Freud conclui que a anatomia não é suficiente para decifrar o enigma da feminilidade e inaugura uma nova forma de abordar a diferença entre os sexos. O caminho que a menina percorre até fazer coincidir o seu sentir com a sua anatomia é longo e complexo (Alonso, 2002). Enquanto para o menino sua mãe constitui o primeiro objeto de amor e assim

permanece durante o complexo de Édipo e, em essência, por toda sua vida, para a menina esse primeiro objeto é substituído na situação edipiana pela figura paterna. Portanto, uma menina muda de zona erógena e de objeto com o passar do tempo, enquanto o menino mantém ambos (Freud, 1933). Esse processo pelo qual a mulher se constitui é fundamental para a Psicanálise e responde não o que é a mulher, e sim o que é “tornar-se mulher”. Para Alonso (2002)

Com isto, Freud inaugura uma perspectiva diferente para perguntar e responder pela diferença dos sexos, que não coincide com as determinações biológicas, nem com as determinações culturais, e sim num “entre elas”, espaço dos movimentos libidinais e dos caminhos identificatórios: sexo além da materialidade da carne, mas nela apoiado, corpo marcado, cortado e recortado pela cultura; processo de tornar-se mulher que só pode ser pensado na singularidade, pois são caminhos guiados pela dialética do desejo que contarão no corpo sua história, num momento particular da história e da cultura (p.14).

Freud (1933) observa que prima nas mulheres um alto grau de narcisismo e, para elas, é mais importantes serem amadas do que amar. Atrair a admiração do outro para seus encantos físicos seria a dissolução do complexo de castração (Vilhena & Medeiros, 2005). Eis no que reside a essência do corpo feminino “ideal” como constituinte da subjetividade contemporânea: capturar o olhar do outro a partir da beleza de seu corpo, característica cada vez mais valorizada na sociedade atual (Zorzan & Chagas, 2011).

Mas de que maneira os “olhares” de uma sociedade impositiva e exigente quanto aos padrões estéticos tocam a imagem corporal tão singular do sujeito? De que modo tais solicitações coletivas são aceitas e respondidas por cada pessoa individualmente?

1.3- Delineando um conceito: a imagem corporal em questão

Historicamente, o estudo do corpo e suas imagens teve início já no século XVI com o médico e cirurgião francês Ambroise Paré que verificou, entre seus pacientes amputados, a incidência de um fenômeno que ele nomeou como *membro fantasma* e caracterizava-se pela alucinação de que a parte ausente do corpo ainda estaria presente (Barros, 2005). Três séculos adiante, o americano Weir Mitchell conseguiu demonstrar que essas imagens poderiam ser alteradas sob determinados tratamentos ou em certas condições experimentais. A escola francesa também deu sua contribuição através dos estudos de Bonnier, em 1905, ao descrever como *esquematisia* um distúrbio no qual o tamanho das áreas corpóreas é distorcido (idem).

Em 1911, o neurologista britânico Henry Head cunha o termo *esquema corporal* para designar o modelo ou figura que cada indivíduo constrói de si mesmo (Silva, Júnior & Miller, 2004).

As pesquisas com o corpo e suas imagens intensificaram-se ao longo do século XX e deve-se aos neurologistas, que desejavam investigar distúrbios de percepção corporal em seus pacientes com lesões cerebrais no sistema nervoso central, suas principais articulações. Uma inovação na temática surge em 1935, com o psiquiatra austríaco Paul Schilder que, contemporâneo de Sigmund Freud, foi o primeiro a utilizar o termo *imagem corporal*⁹ e integrar os aspectos neurofisiológicos, afetivos e sociais deste construto dentro de uma abordagem psicanalítica. Schilder (1994) destaca a importância das vivências infantis na constituição da imagem corporal e no vínculo que o sujeito desenvolve consigo e com o mundo ao longo de sua vida. O autor anuncia a imagem corporal como lábil, em constante transformação, onde diferentes partes do corpo podem ser enfatizadas ou abstraídas em certos momentos conforme o valor relativo que elas recebem. Nesta abordagem, a imagem corporal vai além dos limites do corpo e torna-se um fenômeno socialmente compartilhado. Cabe destacar que Schilder utiliza os termos “esquema” e “imagem” indistintamente e os conceitua como o modo pelo qual o corpo se apresenta para o sujeito. Segundo o autor, não se trata apenas de uma sensação ou percepção do corpo, “existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação” (p.11).

Faz-se necessário, portanto, abrir um parêntese a fim de explicitar os matizes existentes entre as concepções de representação corporal e imagem corporal em Psicanálise. Em princípio, reserva-se o termo *representação* (em alemão *Vorstellung*) para designar “aquilo que se representa, o que forma o conteúdo concreto de um ato de pensamento” e “em especial a reprodução de uma percepção anterior” (Laplanche & Pontalis, 1975, p. 582). Freud opõe a representação ao afeto alegando caber, a cada um destes elementos, sorte distinta nos processos psíquicos: enquanto a representação é recalcada, o afeto é reprimido. Contudo, embora o afeto não constitua parte inerente do mecanismo de representação, eles se encontram ligados em condições especiais.

O termo alemão *darstellen*, traduzido como *representar*, é empregado também em alguns textos freudianos como “uma atividade que envolve dois momentos: 1) o de colocar o material na dimensão de uma linguagem sensorialmente apreensível e 2) o de expressar o

⁹ Note-se que a noção de *imagem do corpo* ou *imagem corporal* até então era abordada sob outros viéses e com nomeações distintas, tais como: *membro fantasma*, *esquematis* e *esquema corporal*.

material” (Hannz, 1996, p. 383). Todavia, enquanto *vorstellen* (representação) pressupõe a evocação da ideia a partir de imagens já constituídas e disponíveis, *darstellen* (representar) é a constituição originária e inicial da imagem, “poder-se-ia pensar que *darstellen* precede *vorstellen*” (p. 385).

Quanto à *representação corporal*, mais especificamente, observa-se que nem sempre o corpo biológico é passível de representação. Algumas vivências corporais, por serem muito intensas, escapam a qualquer tradução e se apresentam como um excesso impossível de ser representado (Fernandes, 2004). A expressão verbal e metafórica utiliza então o corpo como imagem, uma imagem corporal que é de natureza inconsciente e que só pode ser acessada e descrita a partir do olhar e da escuta do analista. Násio (2009) observa que a imagem corporal apresenta dois elementos distintos, embora inseparáveis: uma sensação percebida e a imagem que dela se imprime no inconsciente. Assim, ele afirma que “todo vivido afetivo e corporal intenso, consciente ou não, deixa seu traço indelével no inconsciente”(p. 25). Em função dessas pequenas nuances, optou-se por utilizar o termo imagem corporal, e não representação, ao longo do trabalho, de modo a ressaltar seu caráter mais arcaico e ligado a fontes eróticas. Feitas essas considerações, prossegue-se com a discussão do conceito de imagem corporal.

Embora complexo, o conceito de imagem corporal pode ser enunciado, a grosso modo, como a impressão mental que se tem do próprio corpo (Loyola & González, 2007). Entretanto, as divergências quanto às nuances deste construto o tornam um solo arenoso e sujeito a ambiguidades.

Uma das principais controvérsias envolvendo a conceituação da imagem corporal diz respeito ao seu caráter independente ou essencial da qualidade de vida. Enquanto alguns estudiosos consideram a imagem corporal como um dos domínios que compõe a qualidade de vida (Collins et al., 2010; DeFrank, Mehta, Stein & Baker, 2007; Hopwood, Fletcher, Lee & Al Ghazal, 2001), perspectivas mais recentes a ressaltam como um elemento separado desta (Moreira & Canavarro, 2010; Zimmermann, Scott & Heinrichs, 2009).

A natureza multidimensional do construto é destacada por vários autores que tomam a imagem corporal como percepção ou imagem mental que se faz do próprio corpo com seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009; Blanco-Sánchez, 2010a; Loyola & González, 2007; Moreira, Silva, Marques & Canavarro, 2009; Moreira, Silva & Canavarro, 2010; Pikler & Winterowd, 2003; Romanek, McCaul & Sandgren, 2005; Sabiston et al., 2010; Sebastián et al., 2007; Sertoz, Doganavsargil & Elbi,

2009). Neste sentido, implica a maneira como o sujeito se pensa, sente e atua em relação à própria aparência e ao próprio corpo.

Considerando que, a imagem corporal, alicerçada no corpo biológico, é fruto das relações que o bebê estabelece precocemente com seu cuidador e com o contexto cultural em que está inserido, alguns estudiosos se dedicam a desvendar de que modo essas interações influenciam na construção e manutenção da imagem corporal do sujeito (Cohen, Mabbjish & Zidan, 2010; Loyola & González, 2007; Sertoz et al., 2009).

Sob um enfoque mais valorativo, estudos apontam a imagem corporal como a avaliação, cognitiva e emocional, que o sujeito tem de seu corpo em um determinado momento (Pikler & Winterowd, 2003; Sebastián et al., 2007). A partir das referências que tem de si e do que capta do julgamento alheio, o sujeito constitui seu auto-conceito e auto-estima (Romanek et al., 2005). Segundo Sebastián et al. (2007), o autoconceito pode ser entendido como o conjunto de percepções que a pessoa tem de si mesma e inclui juízo acerca de comportamentos, habilidades ou aparência externa. Para o autor, a autoestima constitui um outro aspecto do autoconceito e se refere a uma atitude/sentimento positivo ou negativo sobre si, baseada na avaliação de suas próprias características que inclui sentimentos de satisfação consigo mesmo.

A sexualidade está intrinsecamente ligada à percepção e avaliação da aparência e saúde física e, conseqüentemente, à noção de imagem corporal (Cohen, Mabbjish & Zidan, 2010; Fobair et al., 2006; Pelusi, 2006; Pikler & Winterowd, 2003). A integridade corporal, ou seja, a percepção do corpo como intacto e funcionando inteiramente, também figura como um aspecto da imagem corporal (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009; Sertoz et al., 2009).

Observa-se que, o percurso pelas concepções de imagem corporal revela a ausência de uma teoria unitária e impulsiona a tentativa de melhor elucidação deste construto. Neste trabalho, optou-se por adotar o conceito de imagem corporal desenvolvido pela psicanalista francesa Françoise Dolto que, sem referência a Schilder, retomou o termo em 1984 sob uma nova perspectiva (Roudinesco & Plon, 1998)

Considerado um dos temas mais importantes da Psicanálise contemporânea, a imagem corporal foi amplamente investigada por Dolto que, segundo Násio (2009), definiu e abordou esse construto sob múltiplos aspectos, às vezes diferentes e até mesmo contraditórios, mas sempre complementares.

A escuta de crianças em análise foi o que revelou à Dolto a existência da imagem inconsciente do corpo. Ela propõe três grandes componentes dessa imagem: a imagem de

base, que possibilita ao sujeito a sensação de uma continuidade no tempo, no espaço e no contato com o outro; a imagem funcional, que produz o sentimento de um corpo engajado na troca afetiva com o outro; e a imagem erógena, lugar onde se focaliza o prazer ou desprazer erótico na relação com o outro (Dolto, 2008). Esses componentes são indissociáveis e, se um deles é perturbado, todo o conjunto é afetado (Násio, 2009).

O termo imagem, neste caso, não se restringe ao sentido específico da visão, mas abrange as vivências afetivas, sociais e fisiológicas que vão influenciar na forma como o sujeito se percebe. Segundo a concepção de Dolto (2008), a imagem do corpo não é somente da ordem do imaginário, é também da ordem do simbólico. É como uma linguagem enigmática, um dito a ser decodificado.

Nesta perspectiva, a imagem inconsciente do corpo (ou imagem corporal) se constitui como um conjunto das primeiras impressões sensoriais gravadas no psiquismo infantil. Trata-se de sensações corpóreas muito primitivas, anteriores ao domínio completo da palavra e anteriores à descoberta da imagem no espelho, que são reatualizadas nas vivências posteriores do sujeito com o seu corpo. Essas impressões, apesar de recalçadas, permanecem ativas ao longo de toda a existência do sujeito e influenciam seus comportamentos involuntários, mímicas, gestos, posturas, vocabulário, orientam suas escolhas estéticas e, mais genericamente, determinam seus sonhos e atos (Násio, 2009).

Para Dolto, “*a imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais*” (Dolto, 2008, p. 14, grifos da autora). É o lugar de inscrição do desejo, memória inconsciente dos primeiros laços afetivos constantemente atualizada. Portanto, estrutura-se pela comunicação entre sujeitos e possui, sobretudo, natureza dinâmica.

Intermediado pela linguagem, o desejo se organiza em imagem do corpo, o esquema corporal é afetado dando origem a zonas erógenas. Uma vez que é inconsciente e recalçada, a imagem corporal constitui um código íntimo que nunca se manifesta enquanto tal e só pode ser acessada sob o dispositivo da análise (Násio, 2009). Sendo assim, “é por meio da delicadeza da escuta, de uma leitura em filigrana das palavras, na sutileza da busca dos detalhes, dos gestos, do olhar, do silêncio, que o analista vai reencontrar as marcas das imagens internas do analisando” (Fernandes, 2004).

Cumprir destacar que, em seus escritos, Dolto (2008) introduz uma importante diferenciação entre os termos esquema e imagem corporal ao enunciar o esquema corporal como uma realidade de fato, comum a todos os indivíduos, e a imagem corporal como

peculiar a cada um; “ligada ao sujeito e à sua história” (p.14). Essa distinção é elementar na compreensão de que, enquanto o esquema corporal aborda o corpo biológico, o viver carnal, que pode ser perturbado por golpes orgânicos precoces e possui aspectos conscientes e inconscientes, a imagem corporal implica um corpo transpassado pelas vivências iniciais, sofre mudanças, passageiras ou permanentes, por toda a vida, e é eminentemente inconsciente.

Uma criança que apresente uma deficiência motora grave, como uma paralisia, por exemplo, nos seus primeiros anos de vida, pode ter seu esquema corporal irreversivelmente atingido. Porém, caso haja por parte dos pais, um reconhecimento e aceitação desta enfermidade aliados a capacidade de amar e apoiar o filho, a imagem corporal íntegra da criança poderá ser resguardada. No entanto, não é raro que um esquema corporal perturbado e uma imagem corporal sã coabitem o mesmo sujeito (Dolto, 2008).

Em uma outra perspectiva, o psicanalista Jurandir Freire Costa (2004) questiona a divisão estanque entre esquema e imagem corporal. Sob o argumento de que o corpo físico transcende o corpo anatomofisiológico, o autor se baseia na concepção de *corpo-vivido* de Merleau-Ponty, que tenta revelar o artificialismo do construto cartesiano por meio da prova da *intencionalidade motora*, para defender que esquema e imagem corporal são providos do mesmo atributo da intencionalidade. Neste sentido, critica a distinção que considera o esquema corporal como automático e não intencional e afirma que qualquer sensação ou movimento corporal são modos de interação do eu com o mundo. Citando Campbell, Freire Costa (2004) anuncia uma possível diferenciação entre a “representação do corpo como esquema” e “representação do corpo como imagem” a partir do critério de “uso”, na qual a primeira seria utilizada exclusivamente para mediar as próprias percepções e ações enquanto a segunda seria utilizada para registrar o impacto do próprio comportamento sobre outras pessoas.

Enquanto alguns autores entendem “esquema corporal” como sendo do domínio neurológico e a “imagem corporal” como pertencente ao campo psicológico, outros estudiosos consideram essa divisão uma falácia por tomar as estruturas neurológicas e as vivências afetivas isoladamente e não em constante conexão (Tavares, 2003). Embora o presente trabalho não tenha como enfoque esgotar a discussão em torno da terminologia mais adequada, utilizou-se o conceito de imagem corporal como eixo temático em acordo com as explicações de Dolto, que reserva esquema corporal para se referir ao corpo no seu aspecto

mais físico e que pode ser conscientemente apreendido, e imagem corporal para se referir ao corpo banhado pelas experiências individuais e sociais de caráter inconsciente.

Em suma, a imagem corporal é a impressão inconsciente que se tem do próprio corpo, trata-se de um processo multidimensional e dinâmico originado nas primeiras vivências afetivas do bebê com seu cuidador. Posteriormente, os parâmetros culturais e as diversas experiências pessoais irão moldar essa percepção e direcionar suas fragmentações e reconstruções.

1.4- Articulações entre Imagem corporal e Corpo ideal

De acordo com o exposto, a constituição da imagem corporal passa pela via do corpo e das relações estabelecidas, desde a mais tenra idade, entre a criança e seus cuidadores. A partir dessas experiências primordiais, o corpo biológico é investido libidinalmente, dando origem a um corpo erótico, prenhe de significações que detêm íntima relação com a história pessoal e a subjetividade de cada um. Embora essas sensações corporais, vividas na infância, sejam “esquecidas” ao longo do tempo, as marcas impressas por elas continuam a agitar o corpo adulto e exercem influência decisiva sobre suas escolhas e vida afetiva (Násio, 2009).

Nesta perspectiva, o corpo é tomado não como ele é, mas conforme as expectativas e qualidades, boas ou más, projetadas e marcadas nele. Forma-se uma imagem do próprio corpo e do corpo do outro a partir das características, reais ou não, que são atribuídas a eles. Uma mulher pode se julgar gorda ou com o nariz avantajado, mesmo que não o seja, assim como pode considerar positivos aspectos não tão belos da pessoa amada. Neste sentido, Násio (2009) salienta que “o amor é sempre amor por uma imagem” (p. 162).

O primeiro espelho em que o sujeito se vê é o olhar de sua mãe. Esse olhar, que pode ser de júbilo ou de decepção, antecipa para a criança uma imagem completa de seu corpo, ainda percebido como fragmentado, e atesta sua existência no mundo. Ao se deparar, posteriormente, com sua imagem refletida no espelho, o bebê à princípio vivencia, segundo Lacan, uma grata surpresa que, mais tarde, segundo Dolto, se transformará em amargura ao perceber o descompasso entre a imagem especular e a sua realidade (Násio, 2009). Quando a criança descobre que os outros só têm acesso a ela através de sua aparência física, do que ela dá a ver, o externo é privilegiado em detrimento do interno e “a imagem do corpo-visto prevalecerá sobre as imagens do corpo-vivido” (p.21).

O olhar materno e, posteriormente, o olhar da sociedade de um modo geral, passam a constituir o espelho que refrata a imagem do sujeito tal como ela é interpretada. Alienado a essa imagem, que é de natureza inconsciente, o sujeito se molda e se retoca, conforme as contingências que lhe são apresentadas ao longo da vida. Torna-se assim, compreensível, o hábito presente na cultura contemporânea de lançar sua atenção para fora em vez de querer se deparar com as questões do seu próprio mundo interno (Násio, 2009). Os efeitos dessa predileção podem ser nefastos pois, seduzidos por sua imagem especular, o sujeito, tal como Narciso, ameaça se apagar. Sobre esse aspecto, Dolto (2008) adverte que

(...) a imagem escópica se torna um substituto consciente da imagem do corpo inconsciente, provocando na criança o desconhecimento de sua verdadeira relação com o outro. Ela se põe a considerar apenas a aparência do outro e a dar em sua relação com o outro apenas a aparência de um prazer devido ao encontro (...) ela não se expressa mais, a partir de então, em sua verdade. Tal é a armadilha que cria uma aparência. Armadilha daquilo que não é um ser vivo, mas uma aparência parcial, um manequim e uma máscara de ser vivo (p. 125).

Impossibilitado de se enxergar através do espelho, o sujeito é engolfado por uma imagem de corpo ideal na qual a realidade interior, com seus desejos e limitações, é abandonada e o caráter humano de suas ações é esvaziado de sua essência (Tavares, 2003).

Verifica-se que a imagem corporal é constantemente modelada e remodelada pelas vivências do sujeito com seu próprio corpo, a partir dos processos de identificação e projeção estabelecidos com o corpo do outro (Tavares, 2003). O modo como cada parte do corpo é então experimentada, varia conforme o interesse individual e coletivo que ela desperta. Partindo deste pressuposto, pode-se compreender que a imagem corporal é elaborada segundo a maneira pela qual as imagens corporais que circulam na sociedade são apreendidas pelo sujeito e que “cada cultura constrói sua imagem de corpo e essas imagens se instituem como maneiras próprias de ver e de viver o corpo” (Russo, 2005, p. 83). Em sociedades em que a aparência física é valorizada como ícone de sucesso e felicidade, a imagem corporal estará fadada a responder às vicissitudes de um corpo que se constrói continuamente entre o ideal/desejado e o real/possível.

Fora do campo da Psicanálise, os autores que discutem a temática, ressaltam que imagem corporal implica também um grau de satisfação ou insatisfação em relação à própria aparência e ao senso de atratividade despertado por ela (Moreira, Silva et al., 2010; Romanek et al., 2005). Segundo Falk Dahl, Reinertsen, Nesvold, Fossa e Dahl (2010), a satisfação com o corpo varia de acordo com dois fatores: o investimento na aparência ou importância

atribuída a ela; e autoavaliação, discrepância entre a imagem corporal percebida e os ideais culturais de beleza. Sobre o primeiro ponto, estudos concluíram que indivíduos que valorizam mais a aparência física apresentam imagem corporal mais vulnerável, sobretudo em situações de mudanças corporais (Blanco-Sánchez, 2010a; Moreira, Silva et al., 2010). Sobre o segundo, Tavares (2003) anuncia que, inúmeras vezes, as necessidades individuais são ofuscadas pelas necessidades de ordem social na qual os sujeitos são pressionados a concretizar em seus corpos o ideal de sua cultura.

Ao encontro dessas reflexões, Freire Costa (2004) assinala que “uma vez preso na montagem, o sujeito usará a sua imagem corporal para sustentar o interesse do outro por si”(p.73). Para o psicanalista, a imagem corporal assume então o lugar de moeda de troca na relação com o outro em que, a cada frustração amorosa, as imaginárias imperfeições do corpo serão sentidas como causa do insucesso sentimental. Dentro desta lógica, os avanços científicos deixam sua cota de contribuição na medida em que investem seus esforços na busca de novas tecnologias estéticas nas quais “o futuro deixou de ser o tempo indeterminado de auto-realização de fantasias emocionais para ser o tempo protocolar das etapas da correção física da aparência corporal” (p. 77).

Pode-se observar que, tanto a imagem corporal quanto o corpo ideal se instituem no limite entre o individual e o coletivo. Se por um lado, como afirma Dolto (2008), a imagem corporal é uma construção peculiar a cada sujeito a partir de seu encontro com o outro, o corpo ideal pode ser lido como uma apropriação que o indivíduo faz das expectativas e valores que lhe são impostos pela cultura em que habita. Em nenhum dos dois casos, o sujeito é passivo. Porém, em nenhum dos dois casos ele detém completo controle. O sujeito sempre será interpelado em seu contato com o outro e tocado pelos ideais de sua cultura. Cabe saber de que maneira ele irá se haver com isso.

Imerso em uma sociedade que valoriza padrões ideais de beleza e saúde, indivíduos que não correspondem a este perfil estético podem ter sua imagem corporal perturbada, na infância ou ao longo da vida, principalmente se não receberam de seus pais um investimento afetivo adequado.

Sendo o corpo biológico a base onde se apoia a imagem corporal, modificações anátomo-fisiológicas relevantes, como no caso de um adoecimento grave ou cirurgias importantes, são alguns dos fatores que podem acarretar mudanças na imagem corporal. Neste contexto, alterações na imagem corporal podem impactar não só a relação do sujeito com o seu corpo, como também suas relações sociais, afetivas e sexuais (Loyola & González, 2007).

Cabe salientar a tendência de determinados adoecimentos e procedimentos de propiciarem mudanças corporais mais robustas, por afetar partes do corpo com marcante valor simbólico ou por se tratar de órgãos onde antes se obtinha prazer.

A patologia escolhida como objeto de estudo traz essas implicações na medida em que atinge um órgão que ocupa lugar de destaque no corpo feminino. Volich (1995) observa que o adoecimento da mama é específico e diferente de qualquer outra enfermidade que possa acometer a mulher. Permeado por questões culturais, o seio é tomado como símbolo que remete à maternidade, sexualidade e feminilidade.

Para a Psicanálise, além da função de nutrir, o seio materno representa o primeiro objeto de investimento libidinal do bebê. Através deste contato, mãe e filho compartilham afetos e criam vínculos. A experiência de prazer obtida pelo sujeito no seio materno será a referência originária para todos os prazeres que ele vivenciará ao longo da vida (Volich, 1995).

Sabe-se ainda que o seio é a característica sexual mais evidente na mulher. Trata-se de uma zona erógena, importante fonte de prazer, que vem sendo cada vez mais valorizado na sociedade contemporânea como um órgão de sedução. O Brasil é o segundo país do mundo em cirurgias plásticas, perdendo apenas para os Estados Unidos (Volich, 2008; Goldenberg, 2005). Evidencia-se que, desde 1995, a popularização das próteses de silicone nos seios conduziu a um aumento de 500% neste tipo de cirurgia e, nos últimos dez anos, triplicou o número de cirurgias nos seios das adolescentes brasileiras (Goldenberg, 2005).

Tais características instigam discussões acerca da imagem corporal da mulher afetada por câncer da mama frente a uma cultura que impõe padrões corporais rígidos e idealizados.

2- O ADOECER POR CÂNCER DA MAMA

O câncer da mama possui peculiaridades que intrigam pesquisadores e suscitam novos focos de abordagem. Além de sua importância epidemiológica e de seu caráter agressivo à saúde física do sujeito, envolvendo inclusive o risco de morte, o câncer da mama ocupa lugar de destaque por se tratar de uma patologia que atinge um órgão repleto de simbolismo e cujos fatores de risco podem ser agravados pelo estilo de vida do sujeito contemporâneo. Neste sentido, cabe tecer algumas considerações sobre o impacto epidemiológico, biológico e psicossocial do câncer da mama na população em geral e, em seguida, apresentar esses aspectos na faixa etária das mulheres investigadas neste estudo.

2.1- Fatores epidemiológicos: o câncer da mama em números

Entre as doenças que acometem a população em geral, os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante e já representa, no cenário nacional e mundial, uma das causas mais frequentes de morte entre adultos (Silva, 2008). Considerado, durante muitos séculos, uma doença dos países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros, há aproximadamente quatro décadas essa situação vem mudando e convertendo o câncer em um evidente problema de saúde pública mundial (INCA, 2011).

Observa-se, a partir do processo de globalização, uma crescente integração das economias e das sociedades de diversos países, desencadeando a uniformização dos padrões de vida, trabalho, saúde e consumo (Guerra, Gallo & Mendonça, 2005). Simultaneamente, a mudança no perfil demográfico, caracterizada pela redução na taxa de mortalidade e natalidade com progressivo aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional, propiciou a chamada *transição epidemiológica*, com diminuição da taxa de doenças infecciosas e concomitante aumento da taxa de doenças crônico-degenerativas, sobretudo as doenças cardiovasculares e as neoplasias (INCA, 2011; Guerra, Gallo & Mendonça, 2005). Nos países menos desenvolvidos, tal transição ainda não se completou.

Seguindo a tendência mundial, estima-se, no Brasil, a ocorrência de aproximadamente 518.510 casos novos de câncer para o ano de 2012 (INCA, 2011). Os tipos mais incidentes na população masculina são os cânceres de pele não melanoma, próstata, pulmão, cólon e reto, e estômago. Na população feminina, predominam os cânceres de pele

não melanoma, mama, colo do útero, cólon e reto, e glândula tireoide. Confirma-se a estimativa que o câncer da pele do tipo não melanoma será o mais incidente na população brasileira (134 mil casos novos), seguido pelos tumores de próstata (60 mil) e mama feminina (53 mil) (INCA, 2011).

Fora os tumores da pele não melanoma, o câncer da mama é o segundo câncer mais comum na população em geral e o primeiro entre as mulheres (cerca de 1,4 milhões de casos novos), tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos (Silva, 2008; Blanco-Sánchez, 2010a). Sua incidência é muito baixa entre os homens e representa menos de 1% de todas as neoplasias masculinas (Haas, Costa & Souza, 2009).

No Brasil, a estimativa para o ano de 2010 foi de 49.000 casos novos de câncer da mama registrados por ano na população feminina, sendo que, deste número, 4.250 esperados para Minas Gerais que ocupava o quarto lugar na divisão por estado em incidência da neoplasia mamária, perdendo apenas para São Paulo (15.080), Rio de Janeiro (7.470) e Rio Grande do Sul (4.750) (INCA, 2009). Em 2012, espera-se, para o Brasil, 52.680 casos novos de câncer da mama, o que significa um aumento próximo aos 7,5% entre os dois períodos. Um dado relevante se refere à redução do número de casos estimados para o Rio Grande do Sul (4.610), enquanto os outros estados citados mantiveram índices crescentes. São Paulo (15.620), Rio de Janeiro (8.140) e Minas Gerais (4.700), são atualmente os três estados brasileiros com maiores índices de casos novos de neoplasias mamárias registradas por ano (INCA, 2011).

No município de Juiz de Fora, Minas Gerais, segundo dados fornecidos pelo Caderno de Informações de Saúde, do Ministério da Saúde, a taxa de mortalidade por câncer da mama, em 2008, foi de 20,8/100.000, maior que a taxa nacional que foi de 12,3/100.000 (<http://www.datasus.gov.br>). Um estudo retrospectivo que analisou a mortalidade por câncer da mama entre os anos de 1980 e 2006 no mesmo município, encontrou que a neoplasia mamária foi responsável por 18,9% dos óbitos por câncer em mulheres no ano de 2006, sendo também a principal causa de óbito entre as neoplasias durante todo o período estudado (Rodrigues & Bustamante-Teixeira, 2011). O mesmo estudo pontuou a tendência crescente de mortalidade por câncer da mama de 1980 a 2006 em Juiz de Fora.

Ressalta-se que, por suas vastas dimensões territoriais, o Brasil possui a particularidade de ter diferenças regionais bem marcantes, seja nos aspectos culturais, sociais e econômicos; seja na ocorrência das patologias e na distribuição dos fatores de risco associados a essas diferenças (INCA, 2011).

O aumento do número de casos de câncer da mama registrados no Brasil nos últimos anos levou o Ministério da Saúde a situá-lo entre as seis prioridades de sua gestão (INCA, 2006). A neoplasia mamária tornou-se, portanto, um problema atual de Saúde Pública, instigando a formulação e implantação de planos, programas e ações destinados ao controle da doença (Silva, 2008). Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas desde meados dos anos 80 e se fortaleceram com o Programa *Viva Mulher*, iniciado em 1998. A necessidade de um maior controle da doença foi reafirmada em 2011, no *Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer*, lançado pela presidente da República Dilma Rousseff (INCA, 2012).

Contudo, observa-se que as campanhas educativas que abordam a detecção precoce do câncer da mama não se adequam à realidade da população feminina de baixa renda e baixa escolaridade. Além disso, as mulheres em questão têm, na maioria das vezes, dificuldade de acesso a um serviço público de saúde de qualidade e, quando conseguem receber um atendimento apropriado, a doença já se encontra em estágio avançado (Duarte & Andrade, 2003). Visando minimizar o tempo de espera para o início do tratamento, foi publicada no dia vinte e dois de novembro de 2012, a Lei 12.732 (2012) que dispõe sobre os prazos para terapêutica de pacientes com diagnóstico de câncer comprovado. A proposta prevê que o tratamento cirúrgico, quimioterápico ou radioterápico deve começar no prazo máximo de sessenta dias, contados a partir da comprovação da malignidade, o descumprimento acarretará penalidades administrativas a gestores direta e indiretamente responsáveis. Constata-se porém, que a lei não contempla o acesso aos exames diagnósticos, onde parece residir grande parte do problema de acessibilidade.

A doença é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente até os 50 anos. Posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta (INCA, 2011). A literatura aponta que, em função do menor risco de desenvolvimento da patologia entre as mulheres mais jovens (com idade inferior a 50 anos) esta tende a ser diagnosticada tardiamente nesta população, o que acarreta a descoberta em um estágio mais avançado da doença e, conseqüentemente, um pior prognóstico (Elmir, Jackson, Beale & Schmied, 2009).

Dessa maneira, apesar de ser considerada uma patologia de prognóstico relativamente bom, se diagnosticada e tratada oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer da mama permanecem elevadas no Brasil e em outros países do mundo (Elmir et al., 2009; Pikler & Winterowd, 2003). Na França, a diminuição percebida na taxa de mortalidade

por neoplasia mamária no país é atribuída à detecção precoce da patologia e à melhoria do tratamento oferecido (Quintard & Lakdja, 2008).

Na população dos países desenvolvidos, a sobrevida média após cinco anos da doença corresponde a cerca de 85% e tem apresentado um discreto aumento. Em contrapartida, nos países em desenvolvimento este número gira em torno de 60% (INCA, 2011). Na população brasileira, estudos epidemiológicos têm demonstrado variações de 61% a 87,7% de sobrevida média após cinco anos da doença. Tais diferenças podem estar relacionadas às características da região ou população estudada, bem como a metodologia utilizada na extração dos dados (Guerra, 2009).

Tendo em vista a alta incidência do câncer da mama e o expressivo aumento da expectativa de sobrevida das mulheres acometidas pela enfermidade, devido à detecção precoce e melhoria dos tratamentos empregados, destaca-se a necessidade de conhecer melhor os aspectos e efeitos biopsicossociais desta enfermidade que, como observado, não se esgota com o final do tratamento médico.

2.2- Fatores anatomofisiológicos e suas implicações: o adoecer do corpo biológico

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer da mama pode ser conceituado como um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. Tal heterogeneidade pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas da doença, diferentes configurações genéticas e consequentes divergências nas respostas terapêuticas. Neste sentido, a hiperplasia, a hiperplasia atípica, o carcinoma *in situ* e o carcinoma invasivo constituem o espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama. Dentre esses, o carcinoma ductal infiltrante é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos de neoplasias mamárias (INCA, 2012).

O risco de cada mulher desenvolver o câncer da mama também varia conforme suas características pessoais. Entre os fatores associados ao surgimento da patologia cita-se a idade da paciente, sua história reprodutiva e hormonal, alterações benignas da mama, obesidade, história familiar e predisposição genética (Blanco-Sánchez, 2010a).

Observa-se que a mudança no estilo de vida da mulher moderna propicia maior ocorrência do câncer da mama. O processo de urbanização da sociedade e a inserção feminina em um competitivo mercado de trabalho trouxeram como consequências a redução do número

de filhos e o protelamento da maternidade, o consumo de alimentos transgênicos, a ingestão regular de bebida alcoólica, a obesidade e o sedentarismo (Silva, 2008). Ao contrário do verificado no câncer do colo do útero, o risco de adoecimento por câncer da mama é mais evidente entre mulheres com elevado status socioeconômico (INCA, 2011).

Outro importante fator de risco se refere à história familiar de câncer da mama, principalmente se acomete parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) em idade inferior aos 50 anos (Silva, 2008). Enquanto a medicina considera a história familiar do ponto de vista genético, onde a informação hereditária é transmitida de uma geração para outra, a psicologia concebe a história familiar como algo que transcende os laços sanguíneos e destaca as alianças subjetivas estabelecidas entre os indivíduos através das identificações, dos mitos, das tramas e legados que marcam a existência do sujeito desde antes do seu nascimento (Lawal, Trivellato, Shikasho, Filgueiras, Silva & Almeida, 2012). Essas ponderações devem ser efetuadas na medida em que se percebe que o câncer da mama de caráter hereditário corresponde a cerca de 5-10% do total de casos (INCA, 2012). Assim, mulheres com história familiar desta patologia, mesmo sendo negativas para suas mutações genéticas, permanecem sob maior risco de apresentar a doença do que a maioria da população (Lawal et al., 2012).

Considera-se que mulheres que carregam os genes BRCA1 e BRCA2 tenham um risco de 39% a 85% de desenvolver a patologia maligna na mama (McGaughey, 2006). Uma opção que tem sido proposta para essas pacientes é a polêmica Mastectomia Bilateral Profilática (MBP) que reduz em torno de 90% o risco de câncer da mama nesses casos (McGaughey, 2006). O procedimento tem sido indicado em um número crescente de pacientes com mutação genética ou devido à fobia de câncer. Entretanto, poucas pesquisas investigaram as consequências psicológicas e sociais dessa intervenção cirúrgica radical, ainda que o potencial de sequelas mostre-se significativo, especialmente no que se refere às alterações na sexualidade e imagem corporal (Hopwood et al., 2000; McGaughey, 2006). As mulheres que optam pela MBP são muitas vezes jovens, saudáveis e que decidem conscientemente submeterem-se a um procedimento que pode ter efeitos drásticos em suas vidas, em nome de uma pretensa prevenção de um destino inexorável.

Dessa maneira, a prevenção primária da neoplasia ainda não é totalmente possível em razão dos múltiplos fatores de risco envolvidos na sua etiologia (INCA, 2011). Contudo, excetuando a mastectomia profilática, outras formas menos agressivas de controle dos fatores de risco associam-se a alimentação e nutrição saudáveis e à prática regular de atividades

físicas. Estima-se que esses cuidados possam reduzir em até 28% o risco da mulher desenvolver a doença (INCA, 2012).

A forma mais comum de manifestação do câncer da mama se dá através do aparecimento de nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, porém, alguns tumores podem assumir consistência branda, globosa e bem definida (INCA, 2012). Outros sintomas da doença são edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea, dor, inversão do mamilo, hiperemia, descamação ou ulceração do mamilo, e secreção papilar, geralmente transparente, podendo ser rosada ou avermelhada. Podem também surgir linfonodos palpáveis na axila (INCA, 2012).

A detecção precoce do câncer da mama ainda é a estratégia mais eficiente para identificar a patologia em estágios iniciais e possibilitar, assim, um prognóstico favorável e elevado percentual de cura (Çam & Gümüş, 2009; Chait, Thompson & Jacobsen, 2009). Por detecção precoce entende-se tanto o diagnóstico precoce, abordagem de pessoas que apresentam alguns sinais da doença, quanto o rastreamento, aplicação de exame em uma população assintomática no intuito de identificar lesões sugestivas de câncer e encaminhar mulheres com resultados alterados para investigação e tratamento (INCA, 2012). Em ambos os casos, é fundamental o acesso a serviços de saúde de qualidade, bem como a informação e conscientização da mulher e dos profissionais de saúde quanto à importância desses cuidados.

A auto-palpação, palpação casual da mama e o autoexame, palpação mais técnica da mama, são algumas das atitudes que favorecem um conhecimento mais aprofundado do próprio corpo e o reconhecimento de suas alterações (INCA, 2012).

No Brasil, os métodos preconizados para o rastreamento da neoplasia mamária são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia. O exame clínico deve ser realizado anualmente em mulheres acima dos 40 anos e o exame mamográfico, a cada dois anos, para mulheres entre 50 e 69 anos (INCA, 2011). Para mulheres que portam maior risco de desenvolver a enfermidade, o Ministério da Saúde recomenda exame clínico e mamografia anuais a partir dos 35 anos.

Entretanto, muitas mulheres deixam de realizar essas condutas de detecção precoce por falta de informação e acesso aos serviços de saúde ou por questões ligadas a ausência de sintomas, falta de tempo, constrangimento e medo de descobrir algum sintoma (Çam & Gümüş, 2009). Estudos indicam que, pessoas com baixa autoestima e que avaliam sua aparência negativamente, tendem a evitar exames que exigem que ela mostre ou toque o seu corpo (Chait et al., 2009). Níveis mais altos de escolaridade, renda e acesso à assistência

médica estão associados a diagnósticos mais precoces (Çam & Gümüş, 2009). Neste contexto, o sistema de saúde precisa adequar-se para oferecer um atendimento que reconheça e minimize esses fatores que dificultam o diagnóstico precoce.

Os avanços na abordagem do câncer da mama aconteceram não só no que diz respeito ao diagnóstico, mas também às terapêuticas utilizadas para tratá-lo. Atualmente, as modalidades de tratamento da doença podem ser divididas em *tratamento local*, cirurgia e radioterapia, e *tratamento sistêmico*, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica (INCA, 2012).

A mastectomia radical, ou retirada total do seio, constitui uma das modalidades cirúrgicas para o tratamento da neoplasia mamária (Duarte & Andrade, 2003). Por ser considerada um procedimento extremamente agressivo para a mulher, a mastectomia radical vem sendo substituída atualmente por outras cirurgias mais conservadoras que evitam a mutilação, como a quadrantectomia (remoção de cerca de um quarto da mama) e a lumpectomia (remoção do tumor e de pequena região circunvizinha), desde que o contexto clínico da paciente seja favorável à realização dessas modalidades cirúrgicas. Nos últimos 30 anos, a cirurgia conservadora tem sido empregada como tratamento oncológicamente apropriado para a maioria das mulheres com câncer da mama em estágio inicial (Anagnostopoulos & Myrzianni, 2009; Tiezzi, 2007). Todavia, sua indicação baseia-se na exclusão de pacientes com tumor multicêntrico ou com microcalcificações de aspecto maligno em diferentes áreas da mama e mulheres com história de radioterapia mamária prévia (Tiezzi, 2007). Nesta direção, a escolha do método terapêutico a ser adotado, depende de vários fatores, tais como o estadiamento e localização do tumor, análise da mamografia, evidência de metástase, disponibilidade dos serviços de saúde e modo como a paciente lida com a mama afetada.

O estadiamento da patologia refere-se à extensão do tumor e varia de I a IV. Nos estágios I e II, comumente é indicado o tratamento local, com realização de cirurgia, que pode ser conservadora ou não e, em algumas situações, a radioterapia é adotada como tratamento complementar. Os linfonodos axilares são avaliados a fim de determinar o prognóstico e a terapêutica. De acordo com o risco de recorrência e as características tumorais observadas, o tratamento sistêmico poderá ser aplicado (INCA, 2012).

O estágio III apresenta tumores maiores, porém ainda localizados. Nestes casos, a terapêutica geralmente utilizada é o tratamento sistêmico com quimioterapia inicial e posterior tratamento local. No estágio IV, mais avançado, a principal abordagem é a

sistêmica e busca-se um equilíbrio entre os potenciais efeitos colaterais e a resposta tumoral (INCA, 2012).

Em todos os estágios é imprescindível que a decisão terapêutica seja favorável à manutenção da qualidade de vida da paciente com câncer da mama. A literatura destaca que, além das características do tumor descritas acima, outros fatores que afetam a decisão terapêutica são: a disponibilidade de recursos médicos, o medo de recidiva por parte da paciente, o apoio dos familiares (especialmente dos parceiros), a recomendação da equipe de saúde e a preocupação com a imagem corporal (Adachi et al., 2007; Anagnostopoulos & Myrzianni, 2009; Pikler & Winterowd, 2003).

Estudos comparativos entre mulheres submetidas à mastectomia e aquelas que realizaram cirurgia conservadora demonstram a superioridade deste último procedimento, sobretudo no que tange à imagem corporal da paciente, a sua qualidade de vida e à maior satisfação com os resultados cirúrgicos do tratamento (Cantinelli et al., 2006; Loyola & González, 2007; Moreira & Canavaro, 2010). Contudo, embora seja aceito que o tempo de sobrevida é equivalente em ambos, nota-se que as mulheres idosas são mais propensas a escolher uma terapêutica mais radical do que as mulheres mais jovens, alegando um maior valor à sobrevivência que à aparência física (Blanco-Sánchez, 2010a; Romanek et al., 2005).

Neste contexto, embora as cirurgias conservadoras sejam consideradas um avanço no tratamento para o câncer da mama, ainda são muitas as questões em torno do tipo de cirurgia mais adequado para cada caso clínico. Estudos sugerem que a imagem corporal desempenha um importante papel na escolha pelo tratamento cirúrgico, com mulheres mastectomizadas evidenciando maiores dificuldades no que se refere a sua imagem corporal e ao seu funcionamento sexual do que as mulheres tumorectomizadas ou lumpectomizadas (Moreira et al., 2009; Sebastián et al., 2007). Contudo, alguns pesquisadores relatam que não há diferença entre esses grupos quanto à satisfação com o próprio corpo e sustentam que a aparência física torna-se menos importante do que as preocupações com a sobrevivência (Anagnostopoulos & Myrzianni, 2009). Estudos recentes indicam que a melhor aparência estética das mamas está significativamente associada com menor sofrimento mental e maior autoeficácia no enfrentamento da doença e seu tratamento (Falk Dahl et al., 2010; Moreira et al., 2009).

Nessa direção, a reconstrução mamária apresenta-se como uma opção decisiva para reduzir ou evitar possíveis transtornos emocionais após a mastectomia (Marín-Gutzke & Sánchez-Olaso, 2010). Os resultados deste procedimento parecem satisfazer, principalmente, pacientes mastectomizadas e mulheres operadas com menos de 50 anos (Marín-Gutzke &

Sánchez-Olaso, 2010). A reconstrução da mama pode ser imediata à cirurgia ou realizada tardiamente, utilizando próteses ou tecidos da própria paciente. Para cada uma dessas condições, a literatura indica posições favoráveis e desfavoráveis (Adachi et al., 2007; Loyola & Gonzáles, 2007). Assim, não há um consenso quanto aos benefícios dessa intervenção na imagem corporal e no estado emocional da paciente. Sabe-se, porém, que a satisfação com o resultado estético nem sempre está ligada aos aspectos objetivos da cirurgia, e que não se trata apenas de reconstruir o corpo, mas da maneira como cada mulher percebe e lida com sua autoimagem.

Os tratamentos cirúrgicos preconizados para o câncer da mama podem trazer como complicações o desenvolvimento de linfedema no membro superior após a dissecação de linfonodos axilares, o que provoca alteração não só física como funcional, vista a recomendação normalmente feita de evitar movimentos bruscos ou qualquer procedimento invasivo no braço do lado afetado (Cantinelli et al., 2006). Outros efeitos colaterais como fadiga, náuseas, vômitos e alopecia podem ser percebidos a partir do uso da quimioterapia. A hormonioterapia pode acarretar menopausa precoce, com fogachos, secura vaginal e risco de tromboembolismo.

Em todos os casos, o diagnóstico e o tratamento do câncer da mama afetam não apenas o corpo biológico, mas, principalmente, alguns aspectos da vida psíquica e social da paciente.

2.3- Fatores psicossociais: especificidades do câncer da mama

A partir do momento em que adoece, o sujeito experimenta sensações de fraqueza e desamparo. Impotente diante do mal que lhe acomete, ele teme que sua saúde não possa ser restabelecida e, além dos incômodos físicos decorrentes dos sintomas e tratamentos, sofre com o impacto emocional de uma mudança em sua rotina. Defronta-se com sentimentos e expectativas que são acentuados pelo medo da morte, de ser tratado impessoalmente, de ser manuseado, de ficar dependente fisicamente, de realizar determinados exames, incerteza quanto a sua recuperação e a competência da equipe que o assiste, sentimento de isolamento, angústia e solidão (Romano, 1999).

Sabe-se que adoecer é um fenômeno que ocorre no corpo, mas sua dimensão vai além deste e toca as relações que o sujeito estabelece consigo mesmo, com seus familiares,

com o contexto cultural, social, político, educacional e religioso que está inserido. Dessa maneira, todo paciente traz, de antemão, fantasias, mais ou menos conscientes, sobre sua doença e hierarquiza sua gravidade, não apenas em função do risco que ela representa para a sobrevivência, mas também, em muitas circunstâncias, pelos efeitos debilitantes que ela pode acarretar (Camargo, 1992). Uma pessoa cujo corpo é instrumento de trabalho, sentirá as doenças que ameaçam a atividade física como mais graves.

Tomando a doença como um acontecimento que envolve aspectos físicos, emocionais e sociais, torna-se possível compreender os diferentes estilos de “viver a doença” e as gradações com que as sensações mórbidas são percebidas nos diversos escalões da sociedade, bem como a capacidade de verbalizá-las (Boltanski, 1989; Figueira, 1975).

Apesar dos avanços científicos e tecnológicos em seu diagnóstico e tratamento, o câncer ainda é revestido de estigmas e significados ligados à ideia de uma sentença de morte. Segundo Sontag (1984), o câncer remete à punição e é descrito como uma doença lenta, silenciosa, devastadora, provocada pelo desenvolvimento anormal e desordenado de células. A autora atenta para o fato de que a patologia é colocada como “um insulto à ordem natural” (p. 87) e seu tratamento é impregnado por uma linguagem bélica de “combate” ao câncer. Neste sentido, observa-se a dificuldade de muitos pacientes e profissionais de saúde em falar abertamente sobre o assunto, preferindo lançar mão de termos genéricos como “aquela doença” ou “nódulo maligno” para se referir ao câncer.

Além das implicações inerentes a qualquer adoecimento, a neoplasia mamária é, provavelmente, uma das patologias mais temidas pelas mulheres devido aos efeitos psicológicos da amputação parcial ou total da mama, órgão corporal carregado de significações ligadas à sexualidade, sensualidade e ao desempenho da maternidade (Blanco-Sánchez, 2010a; Silva, 2008). Considerados a característica sexual mais evidente na mulher, os seios encontram-se no centro das observações de Volich (1995) que enfatiza: “toda ameaça à integridade dos seios é ameaça às referências identificatórias femininas”(p. 64).

Estudos apontam ansiedade, depressão, medo, dúvidas e preocupações concernentes à cirurgia, recorrência da doença e morte, como alguns dos aspectos psicológicos que envolvem o diagnóstico e tratamento da patologia mamária (Loyola & Gonzáles, 2007; Silva, 2008). Destaca-se que os fatores psicológicos influenciam desde o comportamento de detecção precoce, seja por constrangimento de se tocar ao fazer o autoexame ou por uma atitude de negação da doença que impede a realização da ultrassonografia e mamografia, até a

maneira com que a mulher lidará com o adoecimento a longo prazo (Loyola & Gonzáles, 2007).

Nesta perspectiva, o impacto do câncer da mama na vida psíquica e social da paciente é relatado já no período do diagnóstico. De acordo com um estudo realizado na Grécia com mulheres que tiveram a patologia, 85% consideraram o diagnóstico como o acontecimento emocionalmente mais doloroso (Markopoulos et al., 2009). Sentimentos como ansiedade, medo, choque, pesar, insegurança e raiva são geralmente explicitados nesta fase da doença (Mahapatro & Parkar, 2005). Duarte e Andrade (2003) observam que a preocupação inicial da paciente e de sua família, após receberem a notícia da doença, é a sobrevivência. Em seguida, surge a preocupação com o tratamento e com os recursos financeiros para realizá-lo e, por fim, há a preocupação com a desfiguração física e suas consequências para a mulher.

Entre os fatores que podem influenciar a aceitação e adaptação da paciente neste primeiro momento destacam-se: as opções de tratamento oferecidas, as características individuais da paciente e as características da doença (Silva, 2008). O apoio social de que dispõem e a habilidade do médico em dar a notícia também são citados como importantes no processo de enfrentamento (Mahapatro & Parkar, 2005).

Ao longo do tratamento, pesquisas apontam um comprometimento significativo na maneira como as pacientes passam a se relacionar com seu contexto social e consigo mesmas após a cirurgia para tratamento do câncer da mama (Blanco-Sanchez, 2010a; Duarte & Andrade, 2003; Ferreira & Mamede, 2003; Rossi & Santos, 2003). Os sentimentos de impotência, vergonha, inferioridade e medo de ser rejeitada são descritos com frequência e aparecem como os principais empecilhos na retomada de relações mais saudáveis. Estes estudos chamam a atenção para o fato de que, após a retirada total ou parcial da mama, algumas pacientes tendem a evitar encontros sociais, enfrentam dificuldades em assumir seus antigos papéis familiares e apresentam disfunções sexuais.

O sentimento de perda da feminilidade e atratividade após a cirurgia mamária é também recorrente nos discursos das pacientes e traduz-se no receio de se tornarem “menos mulher”, “assexuadas”, “castradas”, “murchas”, ou de desenvolver características masculinas como voz grave e pelos faciais (McGaughey, 2006; Blanco-Sánchez, 2010b; Silva, 2008). Muitas mulheres relatam dificuldades em se verem nuas e serem vistas por seus parceiros após a cirurgia, o que afeta seu relacionamento conjugal e ocasiona prejuízos em sua vida sexual (Fobair et al., 2006). A quimioterapia e a radioterapia também podem afetar

negativamente a libido e a fertilidade, já que interferem na produção de hormônios sexuais que podem levar ao ressecamento vaginal e à menopausa precoce, no caso das pacientes mais jovens (Sebastián et al., 2007).

Contudo, quanto aos problemas sexuais e conjugais, pesquisas demonstram que, embora o tratamento do câncer da mama provoque mudanças hormonais e emocionais que interferem na libido e satisfação sexual das pacientes, a qualidade do relacionamento sexual e conjugal antes do diagnóstico e o apoio do parceiro durante todo o processo são fundamentais para garantir uma menor disfunção sexual a longo prazo (Cantinelli et al., 2006; Blanco-Sánchez, 2010b). Na mesma direção, autores observam que os problemas sexuais são mais comuns entre casais que já apresentavam tais problemas antes da cirurgia, e entre mulheres que valorizam muito a aparência e as sensações que podem experimentar em seus seios (Blanco-Sánchez, 2010a; Sebastián et al., 2007).

Sintomas de ansiedade e depressão em pacientes que tiveram câncer da mama são relatados pela literatura e destaca-se que, enquanto a ansiedade tende a reduzir ao longo do tempo, os sintomas de depressão parecem se manter, ou até aumentar, nos anos seguintes ao início do tratamento (Moreira & Canavarro, 2010). Tal constatação reforça a concepção de que os efeitos na dinâmica psicossocial não se esgotam com o final do tratamento e demandam um cuidado a longo prazo, sobretudo se considerado o expressivo aumento na sobrevida destas pacientes.

Moreira e Canavarro (2010), consideram as alterações na imagem corporal como um dos aspectos mais angustiantes da doença e, às vezes, mais difíceis de serem enfrentados do que os outros sintomas secundários. A repercussão do diagnóstico e do tratamento da neoplasia mamária na imagem corporal das mulheres afetadas indicam que cirurgias mais invasivas conduzem a maiores problemas na imagem corporal, com mulheres mastectomizadas relatando menor autoestima, menor atratividade, maior insatisfação com o próprio corpo, maiores prejuízos na vida sexual e social do que as mulheres submetidas às cirurgias conservadoras (Cantinelli et al., 2006; Sackey et al., 2010; Silva, 2008; Sebastián et al., 2007). Pacientes que valorizam mais a aparência física tendem a apresentar maiores dificuldades de lidar com o câncer da mama e aceitarem-se, mesmo quando são aceitas pelos parceiros (Moreira et al., 2009; Moreira, Silva et al., 2010; Blanco-Sánchez, 2010b). Embora a relação entre a imagem corporal e o câncer da mama não esteja totalmente esclarecida e possa produzir, muitas vezes, resultados inconsistentes e até mesmo contraditórios, observa-se

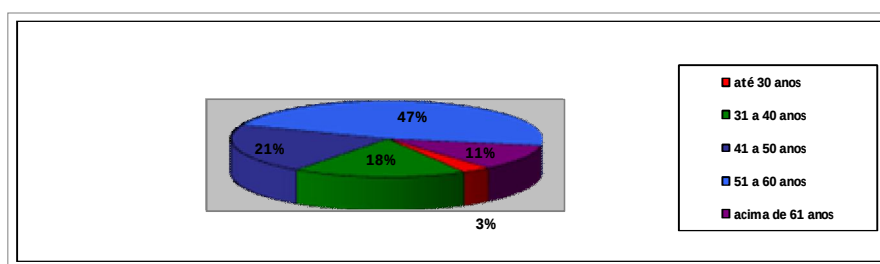
um esforço dos autores em avançar nessa discussão e produzir conhecimento sobre os matizes dessa relação.

2.4- O câncer da mama em mulheres com idades entre 45 e 65 anos

Sabe-se que a idade ainda é apontada como o fator de risco mais crítico para o câncer da mama (INCA, 2011). Embora trate-se de uma patologia relativamente rara antes dos 35 anos, constata-se que as taxas de incidência da doença crescem expressivamente até a faixa etária dos 50 anos e, após este período, seu aumento se lentifica.

Com o envelhecimento populacional observado nos países desenvolvidos e em alguns países em desenvolvimento, estima-se um progressivo aumento na incidência de câncer da mama nos próximos 30 anos (Shoma et al., 2009; Figueiredo et al., 2004). Tais dados justificam o estudo dessas mulheres que têm entre 45 e 65 anos e que pertencem à faixa etária de maior frequência do diagnóstico e mortalidade da doença. Conforme se verifica no gráfico 1:

Gráfico 1: Incidência do câncer da mama no Brasil, de acordo com faixas etárias, nas mulheres



*INCA (2009)

Destaca-se que este período é singular na vida de uma mulher por coincidir com a fase do climatério, momento caracterizado por eventos importantes como a menopausa. O climatério é um processo de mudanças físicas e emocionais para a mulher que recebe influência de múltiplos fatores: sua história pessoal e familiar, seus hábitos, seu estilo de vida e sua cultura. A literatura aponta que essa época da vida tem sido descrita com enfoque negativo, priorizando seus aspectos biológicos e as “perdas” advindas do processo de envelhecimento (Santos et al., 2007).

As atitudes e crenças femininas em relação à menopausa e ao climatério são fortemente impactadas por valores culturais. Pesquisas chamam a atenção para o fato de que nas sociedades orientais, onde o envelhecimento está associado à sabedoria e experiência, os sintomas climatéricos tendem a ser menos intensos ou mesmo ausentes. Ao contrário, nas culturas ocidentais, em que a juventude e beleza são excessivamente valorizadas, a menopausa é percebida de modo negativo e a sintomatologia climatérica mais intensa (Santos et al., 2007). Para minimizar esses sintomas é geralmente indicada a terapia hormonal porém, em mulheres que tiveram câncer da mama, essa terapêutica tem contraindicação absoluta. Isso se deve ao fato de que, quanto maior o tempo de exposição ao hormônio estrogênio, maiores as chances de desenvolver a enfermidade (INCA, 2012).

Quanto à vida reprodutiva e hormonal da mulher, ressalta-se que o número de ciclos ovarianos está diretamente relacionado ao risco de desenvolver neoplasia mamária. Sendo assim, cada ano de retardo do início da menarca reduz em 15% o risco de apresentar a doença, em contrapartida, cada ano de retardo da menopausa aumenta, aproximadamente, em 3% esse risco (INCA, 2011). Além da menarca precoce e menopausa tardia, verificam-se como fatores de risco a idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, a nuliparidade, o uso de anticoncepcionais orais e terapia de reposição hormonal (INCA, 2012).

Pesquisas com mulheres acima de 45 anos demonstram algumas particularidades do tratamento de câncer da mama nessa fase da vida, sobretudo no que diz respeito ao impacto do tipo de cirurgia na imagem corporal das pacientes.

Na decisão pelo tratamento cirúrgico observa-se que, apesar das vantagens médicas e psicológicas da cirurgia conservadora, as mulheres mais velhas são mais propensas a escolher a mastectomia, enquanto entre as mais jovens, a preferência pela preservação da estética corporal é um componente essencial (Shoma et al., 2009; Figueiredo et al., 2004). Entre as razões para esta diferença, os autores sugerem que a opção pela mastectomia ocorre por medo da recidiva, maior preocupação com a radiação e menor preocupação com a aparência física, elementos mais frequentes nas mulheres de mais idade.

Contudo, outro estudo encontrou que mulheres mais velhas tendem a relatar maior satisfação global com o corpo e autoestima do que as mulheres mais jovens (Romanek et al., 2005). Os autores afirmam que, em ambos os grupos, verifica-se preocupações com a estética corporal porém elas apresentam-se em níveis diferenciados.

Em uma outra pesquisa, não houve efeito da idade sobre questões ligadas à imagem corporal, preocupação com a doença ou problemas conjugais e sexuais (Mahapatro & Parkar,

2005). Tanto mulheres mais jovens quanto mulheres mais velhas que se submeteram a mastectomia, preocuparam-se mais com a aparência física do que as mulheres que fizeram a cirurgia conservadora (Figueiredo et al., 2004).

Evidencia-se que poucas pesquisas focam a imagem corporal de mulheres mais velhas e que não há um consenso quanto ao impacto da cirurgia mamária nessa população (Figueiredo et al., 2004). Em muitos países desenvolvidos, acredita-se inclusive que a mulher na menopausa terminou o seu papel materno e não sofrerá grandes efeitos se tiver o seu seio amputado (Shoma et al., 2009). Não obstante, estudos mais recentes insistem que a imagem corporal é um dado relevante e deve ser considerado em mulheres de todas as idades (idem). Dessa forma, os autores concluem que as repercussões da cirurgia por câncer da mama na imagem corporal das mulheres mais velhas devem ser levadas em conta e que receber um tratamento coerente com suas preferências sobre a aparência física podem trazer benefícios a longo prazo na sua saúde mental (Shoma et al., 2009; Figueiredo et al., 2004).

3- OBJETIVOS E DISCUSSÃO METODOLÓGICA

3.1- Objetivos

De acordo com o objeto de estudo definido, esta pesquisa tem como objetivo geral estimar o possível impacto de corpo ideal veiculado pela sociedade contemporânea sobre a imagem corporal das mulheres submetidas à cirurgia mamária por câncer da mama.

Neste contexto, estipula-se como objetivos específicos:

- a) Verificar o ideal de mulher nas falas das pacientes entrevistadas;
- b) Investigar a imagem corporal das participantes da pesquisa;
- c) Apontar os efeitos da cirurgia mamária por câncer da mama na imagem corporal dos sujeitos da amostra;
- d) Identificar de que maneira o corpo ideal se apresenta nas manifestações (fala e gestualidade) das mulheres estudadas.

3.2- Metodologia qualitativa

Para alcançar os objetivos desta investigação, propôs-se um estudo qualitativo transversal, que se justifica pela revisão de literatura sobre a temática em questão. Neste tipo de pesquisa, verifica-se a predominância de abordagens quantitativas, entretanto, constata-se que as questões que tangenciam a imagem corporal no câncer da mama são predominantemente subjetivas e tocam em vivências muito particulares dos sujeitos investigados. Assim, destaca-se a necessidade de novos estudos com enfoque qualitativo, de modo a permitir uma compreensão mais aprofundada da experiência de viver com uma aparência alterada, após o tratamento de uma doença que ameaça a vida (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009; Sabiston et al., 2010).

Sabe-se que a abordagem qualitativa se afirma no campo da subjetividade e do simbolismo (Minayo & Sanches, 1993). É neste âmbito que se desenvolvem as tentativas de compreensão dos significados que motivam as relações e atividades humanas e se busca articular, reflexivamente, sujeito e objeto. Por sujeito pode-se tomar tanto o pesquisador, que se debruça sobre o objeto de pesquisa com todas as suas motivações pessoais e contextos culturais, quanto o pesquisado, cujo objeto é sua própria experiência transformada em palavras cuidadosamente selecionadas, mesmo que de forma inconsciente. Neste sentido, a

pesquisa qualitativa coloca em xeque o ingênuo ideal asséptico das pesquisas quantitativas e reconhece as possíveis influências emocionais e valorativas do cientista e do probando. Segundo Günther (2006), não se trata de negar a existência destas influências, e sim de lidar com estas no contexto da pesquisa.

Na abordagem qualitativa, o enlace indivíduo/sociedade é indissolúvel e o fenômeno estudado marca mais pela sua complexidade interna do que pela sua representatividade numérica (Minayo & Sanches, 1993). O objeto de estudo é constituído em um contexto histórico específico e de maneira dinâmica na qual o material da investigação é “a palavra que expressa a fala cotidiana” (p.245). Palavra viva, preta de significados ligados à história pessoal e social do sujeito.

No intuito de compreender de que maneira a imagem corporal da mulher submetida à cirurgia por câncer da mama é afetada pelos ideais de corpo vigentes, o método qualitativo apresentou-se como mais adequado por abarcar as implicações subjetivas e individuais de tal processo sem prescindir de seus aspectos sócio-históricos. Dentro deste tipo de abordagem metodológica, a Análise do Discurso foi escolhida como instrumento para a leitura dos dados por contemplar tanto os fatores individuais presentes no discurso dos sujeitos quanto o contexto em que este discurso foi produzido e enunciado.

O estudo da Análise do Discurso, a revisão de literatura e o desenvolvimento do processo metodológico indicaram os caminhos de análise e orientaram as contínuas construções e desconstruções das ideias, reflexões e posturas, permitindo a apreensão da riqueza de detalhes dos dados coletados.

3.3- Cenário da pesquisa

O espaço selecionado para a realização do trabalho foi o ambulatório de Mastologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – Unidade Dom Bosco, em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011), Minas Gerais ocupa o terceiro lugar na divisão por Estado em incidência da neoplasia mamária, perdendo apenas para São Paulo e Rio de Janeiro. Estima-se que 52.680 casos novos de câncer da mama sejam registrados por ano na população feminina brasileira. Neste contexto, o Governo do Estado de Minas Gerais lançou, através do *Programa Viva Vida*, uma proposta de atenção à Saúde da

Mulher e da Criança visando reduzir o número de mortes nestas populações. A ideia é a de oferecer uma “rede” de serviços de saúde de modo que a mulher e a criança possam ter atendimento de qualidade o mais próximo possível da região de sua moradia. O centro de especialidade que forma a atenção secundária, tem como objetivo favorecer o diagnóstico precoce de câncer da mama.

No município de Juiz de Fora, o HU – Unidade Dom Bosco é a única instituição vinculada ao Programa e tem como meta atender cerca de 280 mulheres por mês, conforme pactuado no *Acordo de Resultados* e preconizado pela política de *Choque de Gestão* (Marques et al., 2009).

Inaugurado em agosto de 2006, o HU – Unidade Dom Bosco iniciou suas atividades como um centro ambulatorial (diagnóstico e terapêutico) no ano de 2007. Atualmente, é referência no atendimento de pacientes da rede SUS, numa área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e do Estado do Rio. O ambulatório de mastologia funciona todas às terças-feiras, no período da manhã e da tarde, e às quartas e sextas-feiras à tarde.

Por ser também uma instituição de ensino e pesquisa, o HU – Unidade Dom Bosco constitui-se em um campo aberto para alunos de graduação e pós-graduação desenvolverem atividades de estágio e investigação científica, o que facilita a inserção na equipe de saúde e o acesso aos pacientes assistidos.

Além dos fatores acima mencionados, a escolha deste cenário deveu-se à anterior inserção da pesquisadora no Ambulatório de Mastologia da instituição através do projeto *De peito aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer da mama*, que constitui uma proposta de caráter interdisciplinar, envolvendo profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social. No desenvolvimento do trabalho, a equipe interdisciplinar atua na assistência às mulheres e suas famílias nos momentos de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer da mama. Entretanto, as mulheres eleitas para participar da pesquisa não tiveram nenhum contato ou vínculo prévio com a pesquisadora.

As mulheres atendidas no Ambulatório de Mastologia do HU – Unidade Dom Bosco são encaminhadas pelos serviços de atenção básica de Juiz de Fora e adjacências.

3.4- A amostra

A fim de identificar e elucidar as repercussões do corpo ideal na imagem corporal de mulheres que realizaram tratamento cirúrgico para o câncer da mama, optou-se por uma amostra, por conveniência, composta de pacientes atendidas no ambulatório de Mastologia do HU – Unidade Dom Bosco.

Os sujeitos eleitos para a pesquisa foram doze mulheres que se submeteram à cirurgia de mastectomia ou cirurgia conservadora após o diagnóstico de câncer da mama, no tempo mínimo de um ano e máximo de cinco anos. Esse período foi estipulado como limite para maior controle da variável “tempo pós-cirúrgico”, visto que, após um ano de cirurgia, presume-se que a paciente esteja menos fragilizada emocionalmente e, portanto, com melhores condições de refletir e falar sobre um tema tão delicado, além de ter sua imagem corporal mais estabilizada (Falk Dahl et al., 2010). Nesta fase, provavelmente, elas já concluíram os tratamentos coadjuvantes e estão apenas fazendo o controle da doença e/ou a hormonioterapia. Sendo poucas as pesquisas que se dedicam a estudar os anos seguintes aos dois primeiros, considera-se relevante estender o limite de tempo pós-cirúrgicos até os cinco anos por ser este o período de tempo recomendado como critério de alta clínica.

As mulheres elegíveis para a pesquisa foram convidadas através do Ambulatório de Mastologia do HU – Unidade Dom Bosco. Contudo, após um primeiro levantamento da amostra, observou-se que, muitas pacientes realizam o diagnóstico e a cirurgia da mama na instituição e, quando necessário, posteriormente, são encaminhadas para outros hospitais para a realização da radioterapia e quimioterapia, visto que o HU não dispõe destes recursos. O atendimento pós-operatório pode ser realizado em consultas agendadas no Ambulatório de Mastologia do HU – Unidade Dom Bosco concomitantemente ao acompanhamento dos médicos responsáveis pela administração da radio/ quimioterapia ou, como acontece em alguns casos, o acompanhamento pode ficar exclusivamente à cargo da equipe médica do hospital onde a paciente recebeu o tratamento coadjuvante. Nesta segunda hipótese, a paciente não retorna ao HU e se desvincula da instituição.

Durante a busca dos sujeitos para compor a amostra, observou-se que o retorno ao Ambulatório das mulheres que passaram pela cirurgia era bastante esporádico pois, a maioria, estava em período de controle anual da doença. Dessa forma, foi preciso criar outras vias de acesso a elas. Como não havia uma listagem pronta das mulheres que fizeram essa cirurgia no

período de tempo estipulado, iniciou-se uma busca ativa através dos prontuários eletrônicos e livros de registro dos setores de mastologia e cirurgia.

A busca eletrônica foi realizada durante o mês de outubro de 2011 e não gerou resultados válidos devido às reformulações e mudanças no sistema de informática da instituição no ano anterior. Assim, muitos dados ficaram inacessíveis ou com sua fidedignidade comprometida.

Em novembro de 2011, foram verificados os livros de registro do Centro Cirúrgico dos últimos cinco anos. Como a natureza de algumas cirurgias, principalmente as mais antigas, não estavam especificadas, foram levantados os prontuários de todas as pacientes que passaram por cirurgias mamárias. Feita essa pré-seleção, as informações foram conferidas manualmente com os dados dos prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HU – Unidade Santa Catarina. Da listagem inicial constatou-se que, uma parte das mulheres haviam realizado cirurgia de retirada de nódulos benignos, outras não puderam ser localizadas por estarem com telefones e endereços desatualizados e outras haviam falecido. Identificou-se que a falta de um banco de dados organizado e atualizado na instituição prejudica qualquer trabalho que se pretenda desenvolver, inclusive pelos próprios profissionais do hospital que necessitem ter acesso à comunidade assistida.

Com a listagem das pacientes que atenderam aos critérios de participação na pesquisa em mãos, foram realizados os primeiros contatos. Os convites foram feitos por telefone, obedecendo aos critérios de gênero (feminino), vínculo institucional (pacientes acompanhadas no Ambulatório de Mastologia do HU – Dom Bosco), com idades entre 25 e 70 anos, residentes em Juiz de Fora e adjacências. Não foram considerados os critérios de estado civil, escolaridade, renda, ocupação, etnia e religião.

Após as primeiras entrevistas, o critério de faixa etária foi revisto e modificado para idades entre 45 e 65 anos. Observou-se que a maioria das entrevistadas estavam dentro desta faixa etária e o número de mulheres com idades distantes desta foi muito reduzido para compor grupos comparativos por idades. Além disso, as peculiaridades que envolvem essa faixa etária, tanto em termos epidemiológicos para o câncer da mama quanto em termos de vivências pessoais, exigiram este recorte a fim de aprofundar melhor as questões que envolvem essa fase da vida. As duas entrevistas realizadas com mulheres fora da faixa de idade estipulada não compuseram os dados analisados.

Embora a classe social do sujeito estudado influencie nos resultados da pesquisa, esta variável não foi controlada por se entender que a clientela do HU – Dom Bosco tem uma

inserção socioeconômica homogênea na medida em que o atendimento é realizado através do SUS. Portanto, são usuárias, em sua maioria, de baixa renda.

Foram excluídas do estudo as mulheres que realizaram cirurgia reconstrutora da mama, mulheres com histórico prévio de câncer em outros órgãos e pacientes com doenças crônicas graves ou problemas físicos significativos. Esses critérios se justificam na medida em que tais fatores poderiam afetar também a imagem corporal da mulher estudada. As informações citadas foram acessadas através do registro em prontuário. Em apenas uma das pacientes contactadas, o fator de exclusão não estava registrado. Por se tratar de uma paciente renal crônica, foi realizada apenas uma entrevista *pro forma*, que também não entrou na análise dos resultados.

A incidência de história familiar de câncer da mama não foi considerada como fator de inclusão ou exclusão neste estudo, mas foi avaliada como um dado relevante.

O número de participantes da amostra foi definido a partir da aplicação da consagrada técnica de representatividade conhecida como *saturação*. Quando os temas e/ou argumentos começam, de certa forma, a se repetir, interrompe-se o processo de coleta de dados por considerar que o estudo atendeu às suas proposições. Lembrando, conforme Minayo (2008), que grandes números só seriam necessários para controle estatístico das variáveis. Assim, chegou-se ao número de doze pacientes entrevistadas.

3.5- O instrumento

De acordo com os objetivos da pesquisa, a entrevista semiestruturada foi eleita como instrumento para apreender os possíveis efeitos do corpo ideal na imagem corporal das mulheres investigadas.

Minayo (2008) considera a entrevista como um recurso privilegiado de acesso às informações por possibilitar, através da fala, a emergência dos sistemas de valores, normas e símbolos que envolvem um determinado grupo. Neste sentido, a entrevista permite a revelação das vivências particulares do sujeito entremeadas com o contexto histórico, socioeconômico e cultural do qual ele participa. Para a autora, a entrevista não se limita a um trabalho de coleta de dados, trata-se de “uma situação de interação, na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o

entrevistador” (p. 114). No presente estudo, esses intercâmbios e trocas são considerados, não como provocadores de vieses, mas como partes inerentes ao processo.

Assim, após o levantamento da lista de pacientes elegíveis para a pesquisa, iniciou-se o convite por telefone no qual foram tomados todos os cuidados éticos. Com intuito de facilitar o acesso das participantes, as entrevistas foram agendadas conforme à disponibilidade das mesmas, buscando sempre conciliá-las com seus dias e horários de consultas nos ambulatórios do HU – Unidade Dom Bosco. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas no âmbito da própria instituição, em uma sala previamente reservada para tal propósito.

As probandas que aceitaram participar da pesquisa preencheram uma ficha de identificação e foram avaliadas através de entrevista com roteiro semiestruturado (Anexo 1), realizada individualmente pela pesquisadora, responsável pelo sigilo e arquivamento dos dados coletados. Com o consentimento das informantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. Após cada entrevista, a transcrição foi, na medida do possível, realizada no período imediato para que não se perdesse nenhuma impressão do momento. Visando acelerar o processo de transcrição, foi contratada uma pessoa para auxiliar exclusivamente nesta tarefa. Para corrigir possíveis erros que pudessem modificar o discurso das pacientes, cada entrevista foi relida e conferida com a gravação em áudio duas vezes pela pesquisadora.

A ficha de identificação, preenchida logo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), teve como objetivo traçar um perfil da população estudada e levantar dados pessoais que poderiam auxiliar na análise dos resultados. A ficha foi composta por itens de identificação da paciente (nome, idade, naturalidade e escolaridade); por itens de registro da sua inserção na comunidade e na vida familiar (profissão, religião, situação conjugal, composição familiar, número de filhos e idade deles); por itens de informação sobre a cirurgia (tipo e tempo pós-cirúrgico); e por itens de informação sobre o seu corpo (peso e altura auto-referidos). O último item foi inserido para o caso de haver alguma paciente com peso ou altura muito extremas (excessivamente gorda ou magra, alta ou baixa), o que poderia trazer consequências para sua imagem corporal.

O roteiro de entrevista que norteou a coleta dos dados foi composto por 22 questões que objetivaram: identificar as concepções das participantes sobre o “ser mulher” na sociedade atual; verificar a imagem corporal das pacientes; elucidar o impacto do câncer da mama sobre a imagem corporal das entrevistadas; e estimar a presença dos padrões ideais de corpo veiculados pela cultura vigente na imagem corporal dessas mulheres.

As questões do roteiro foram discutidas e avaliadas por dois estudiosos da temática da imagem corporal e do câncer da mama e, em seguida, foi realizado um estudo piloto com a participação de uma paciente. O piloto foi aplicado com o propósito de verificar a viabilidade do instrumento em função do tempo necessário para realização da entrevista, clareza de linguagem e precisão dos termos adotados no roteiro, relevância do conteúdo dos itens abordados no sentido de cumprirem os objetivos da pesquisa e verificação da melhor sequência dos enunciados.

No pré-teste, a entrevista foi realizada com uma paciente mastectomizada em 2010 que frequenta o Ambulatório de Mastologia do HU- Unidade Dom Bosco anualmente. O roteiro foi considerado aprovado e adequado para a pesquisa e a entrevista foi incluída como parte da amostra.

Avaliou-se o tempo despendido durante a entrevista como adequado, variando entre 35 minutos a 40 minutos, contados a partir da leitura do TCLE junto com a probanda, preenchimento do cabeçalho de identificação e gravação da entrevista em si. Houve a preocupação de não elaborar um roteiro muito extenso, cuja aplicação não excedesse 60 minutos, para não cansar a participante, visto que a entrevista seria realizada em um único encontro.

3.6- Análise dos dados

Com base nos dados registrados, a análise foi dividida em dois níveis. Em um primeiro momento, realizou-se a análise descritiva da população estudada a partir das informações extraídas da ficha de identificação. Em um momento seguinte, após avaliação minuciosa e exaustiva do material coletado nas entrevistas, os resultados foram trabalhados à luz da Análise de Discurso pêcheutiana e do referencial psicanalítico.

Fundada na década de 1960 pelo filósofo Michel Pêcheux, a *Escola Francesa de Análise de Discurso* tem como base epistemológica a articulação de três regiões do conhecimento: o Materialismo Histórico, a Linguística e a Teoria do Discurso (Minayo, 2008; Tfouni & Laureano, 2005). Esses três pilares estão perpassados transversalmente por uma Teoria da Subjetividade, de natureza psicanalítica e que deve ser apropriada para explicar o caráter recalcado na formação do significado (Minayo, 2008).

A Análise de Discurso pêcheutiana tem como pressupostos básicos o fato de que o sentido de uma palavra não existe em si mesmo e de que toda formação discursiva dissimula sua dependência das formações ideológicas (Minayo, 2008). O primeiro pressuposto alude à

noção de *metáfora* que atesta a possibilidade de uma palavra ser tomada por outra (Orlandi, 2010). O segundo traz a ideia de que, embora pretenda ser transparente, o discurso é opaco pois, afetado pela ideologia, cujo papel é naturalizar o sentido das palavras no momento da enunciação, o sujeito acredita que aquilo que ele diz só poderia ser dito daquela maneira e não de outra (Orlandi, 2010; Tfouni & Laureano, 2005).

De acordo com Orlandi (2010), discípula de Pêcheux, a palavra “discurso”, etimologicamente traz a ideia de curso, percurso, movimento. Discurso, portanto, é a palavra em movimento. Desse modo, a Análise de Discurso trata do estudo do discurso ao observar o homem falando. Este tipo de estudo concebe a linguagem como mediação entre o homem e sua realidade natural e social, permitindo até mesmo a transformação desse homem e da realidade em que está inserido. Na Análise de Discurso busca-se compreender a língua enquanto trabalho simbólico, a capacidade do homem significar e significar-se.

Neste ponto, a Psicanálise contribui com o deslocamento da noção de homem para a de sujeito, visto como singular, não podendo portanto ser reduzido a categorias de classificação e que, por sua vez, se constitui na relação com o simbólico, na história (Tfouni & Laureano, 2005). Assim, para a Análise de Discurso, a língua tem sua ordem própria, mas só é relativamente autônoma; a história tem seu real afetado pelo simbólico; e o sujeito de linguagem é afetado pelo real da língua e ainda pelo real da história, não tendo ele o controle sobre o modo como elas o afetam, ou seja, o sujeito discursivo funciona pelo inconsciente e pela ideologia. Herdeira da Psicanálise, porém não de forma servil, a Análise de Discurso se destaca desta “pelo modo como, considerando a historicidade, trabalha a ideologia como materialmente relacionada ao inconsciente sem ser absorvido por ele” (Orlandi, 2010, p. 20).

Cumprir lembrar, que o real da língua se refere à constatação psicanalítica de que nem tudo pode ser dito, há algo que escapa à linguagem e que a revela enquanto sujeita a falhas. Enquanto o real da História está relacionado à luta de classes, a Análise de Discurso trabalha aliando esses dois reais para a construção de sentido do objeto estudado (Tfouni & Laureano, 2005).

Para este tipo de estudo, emissor e receptor realizam simultaneamente o processo de significação. No funcionamento da linguagem, que serve para comunicar e não-comunicar, sujeitos e sentidos se relacionam e são afetados pela Língua e pela História, num complexo processo de constituição de sujeitos e produção de sentidos. A Análise de Discurso objetiva, então, compreender como um objeto simbólico produz sentidos e como o mesmo está investido de significância para e por sujeitos. Assim, “não procura o sentido ‘verdadeiro’, mas

o real do sentido em sua materialidade linguística e histórica” (Orlandi, 2010, p. 59). Tal compreensão implica em explicitar como o texto organiza os gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido, produzindo-se assim, novas práticas de leitura (Orlandi, 2010).

Existem, pois, gestos de interpretação do sujeito que constituem o texto e que o analista, com seu dispositivo, deve ser capaz de compreender. Orlandi (2010) afirma que o dispositivo teórico é sempre o mesmo mas os dispositivos analíticos não. O dispositivo analítico varia de acordo com “a questão posta pelo analista, a natureza do material que analisa e a finalidade da análise” (p. 27). O pesquisador organiza sua relação com o discurso, optando mobilizar esses ou aqueles conceitos, visando responder a sua questão. Feita a análise, e tendo compreendido o processo discursivo, os resultados podem ser interpretados à luz de diferentes instrumentais teóricos. Desse modo, a prática de leitura do analista, seu trabalho com a interpretação, tem a forma de seu dispositivo analítico (Orlandi, 2010). Na presente pesquisa, o material coletado foi trabalhado pela Análise de Discurso e interpretado pelo dispositivo psicanalítico.

Como técnica de análise, Orlandi (2010) propõe que um dos primeiros pontos a ser considerado é a constituição do *corpus* (p. 62). A autora chama a atenção para o fato de que, com a Análise de Discurso, não se objetiva a exaustividade dita horizontal, ou seja, em extensão, pois todo discurso estabelece relação com um discurso anterior que conduz a um outro, constituindo uma fonte inesgotável. A exaustividade almejada seria a chamada vertical, em profundidade, e deve ser considerada em relação aos objetivos da análise e à sua temática. Neste sentido, o *corpus*, o recorte do material que será analisado, está intimamente ligado ao que se pretende investigar com a pesquisa.

O recorte pode ser um fragmento discursivo que, para ser analisado, requer a descrição de suas condições de produção que incluem o contexto histórico, o lugar de onde falam e a imagem que fazem de si e do outro (Tfouni & Laureano, 2005). Como método, é preciso inicialmente de-superficializar o discurso (Orlandi, 2010). Para tanto, busca-se analisar a materialidade linguística – o quem diz, como se diz e em que circunstância – no sentido de desfazer a impressão de que aquilo que é dito só poderia ser dito daquela maneira. Assim, “as técnicas de análise de discurso pretendem inferir, a partir dos efeitos de superfície (a linguagem e sua organização), uma estrutura profunda: *os processos de sua produção*” (Pêcheux, 1988, p.115 citado por Minayo, 2008, p. 319, grifos da autora).

Do ponto de vista analítico, o discurso é a linguagem em interação com seus efeitos de superfície e representando relações estabelecidas, e o texto consiste no discurso acabado

para fins de análise, é o espaço mais adequado para se observar o fenômeno da linguagem (Minayo, 2008). O texto contém relações de força, em que se demarcam lugares sociais e as posições relativas do locutor e do interlocutor; relações de sentido, que constituem a interligação existente entre este e vários outros discursos e relações de antecipação, que dizem respeito ao movimento do falante, prevendo a reação de seu interlocutor (Minayo, 2008). O texto é a unidade de análise que, afetada pelas condições de produção, permite acesso ao discurso. Uma vez que o analista compreende como o texto produz sentido, ou seja, quando atinge o processo discursivo, o texto deixa de ser seu objeto (Orlandi, 2010).

Quanto aos procedimentos de Análise do Discurso, Orlandi (2010) considera que estes podem ser divididos em três etapas. Na primeira etapa, o analista, em contato com o texto, procura ver nele sua discursividade e constrói o objeto de discurso já de-superficializado. Na segunda etapa, a partir do objeto discursivo, o analista busca relacionar as formações discursivas distintas com a formação ideológica que rege essas relações. Por formação discursiva entende-se aquilo que pode e deve ser dito em uma dada posição e um determinado contexto sócio-histórico. Na última etapa, tem-se a constituição dos processos discursivos responsáveis pelos efeitos de sentidos produzidos no material simbólico inicial.

O analista do discurso trabalha em lugar logicamente desestabilizado e marcado pela tensão entre o dito e o não-dito, pois é nos deslizos e pontos de deriva que ele vai pinçar um sentido, entre os outros possíveis, no *corpus* a ser analisado (Tfouni & Laureano, 2005). Desse modo, não há sentidos “literais”, as palavras mudam de sentido conforme as posições daqueles que as empregam (Orlandi, 2010).

O que se espera do dispositivo do analista é que este lhe permita assumir não uma posição neutra mas relativizada em face da interpretação (Orlandi, 2010). Nesse lugar, o analista “pode então contemplar (teorizar) e expor (descrever) os efeitos da interpretação” (p. 61). Ressalta-se que ao utilizar a Psicanálise como dispositivo analítico não se pretende psicanalisar o sujeito (Tfouni & Laureano, 2005).

Segundo Pêcheux, o inconsciente atravessa toda enunciação e toda fala é marcada por duas formas de esquecimento: “o esquecido número um”, também chamado esquecimento ideológico, no qual o sujeito tem a ilusão de ser a origem do que diz quando, na realidade, ele retoma sentidos preexistentes (Orlandi, 2010; Minayo, 2008). E “o esquecido número dois” que produz a impressão de que o que é dito só pode sê-lo de uma maneira e não de outra, estabelecendo-se uma relação “natural” entre a palavra e a coisa (Orlandi, 2010). O esquecimento é estruturante pois, ao “esquecer” que já foi dito, o sujeito se identifica com o

que diz e se constitui. Segundo Orlandi, “é assim que sentidos e sujeitos estão sempre em movimento, significando sempre de muitas e variadas maneiras. Sempre as mesmas mas, ao mesmo tempo, sempre outras”(p. 36).

Em Análise do Discurso, o limite entre o mesmo e o diferente é tênue. Considera-se que a linguagem se situa na tensão entre “processos parafrásicos” e “processos polissêmicos”. A paráfrase remete à ideia de que em todo dizer há algo que se mantém, há algo que retorna aos mesmos espaços do dizer e que se estabiliza. Ao passo que a polissemia aponta para a ruptura de processos de significação, joga com o deslocamento e com o equívoco. Neste contraponto entre paráfrase e polissemia, entre o já-dito e o a se dizer, entre o mesmo e o diferente é que os sujeitos e os sentidos se transformam, fazem seus percursos e se significam (Orlandi, 2010).

Como a Análise de Discurso enfatiza a produção dos sentidos dentro de um contexto sócio-histórico, torna-se imprescindível, na leitura dos dados, verificar as condições de produção do discurso. Essas funcionam de acordo com as relações de sentido, relações de força e antecipação estabelecidas, mecanismos que constituem as chamadas “formações imaginárias”(Orlandi, 2010, p. 39).

A relação de sentido expõe a noção de que um discurso sempre se relaciona com outros. As relações de força estabelecem que o lugar a partir do qual o sujeito fala, constitui o que ele diz. Se ele fala do lugar de médico, suas palavras significam (valem) de modo diferente do que se falasse do lugar de paciente. A antecipação diz respeito à capacidade que o sujeito tem de se colocar no lugar de seu ouvinte. Assim, ele pode antecipar o sentido de suas palavras e regular a argumentação de acordo com os efeitos que pensa produzir em seu interlocutor (Orlandi, 2010).

As formações imaginárias permitem entrever que não são os sujeitos físicos que funcionam no discurso, mas suas imagens que resultam de projeções. Essas projeções possibilitam a passagem do “lugar”empírico do sujeito para a “posição”discursiva do sujeito. Orlandi (2010) afirma que “o que significa no discurso são essas posições. E elas significam em relação ao contexto sócio-histórico e à memória (o saber discursivo, o já-dito)” (p. 40). A imagem que se constrói do sujeito, o que se projeta dele, não surge do nada. É constituída pelas relações sociais e relações de poder estabelecidas e, pela análise, pode ser atravessada e explicitada para melhor compreensão do que está sendo dito.

A Análise do Discurso ensina que, em todo dizer há uma margem de não-ditos que também carregam algum significado. O que não é dito, o que fica implícito, pode ser

representado como um pressuposto, aquilo que deriva da instância da linguagem e que pode ser inferido, ou como um subentendido, aquilo que só pode ser captado dentro de um contexto. Orlandi (2010) exemplifica esses conceitos a partir da frase “deixei de fumar”, que expressa como pressuposto que o sujeito era fumante e onde o subentendido poderá ser capturado pelo contexto da história deste sujeito.

Uma outra maneira de trabalhar o não-dito na Análise de Discurso é através do silêncio. Há o silêncio fundador, que indica a possibilidade de um outro sentido para o que foi dito, e há o silenciamento ou política do silêncio que se subdivide em silêncio constitutivo, quando uma palavra apaga outras, e o silêncio local, que remete à censura, a algo que não pode ser dito em uma determinada conjuntura (Orlandi, 2010).

À luz da Análise do Discurso e dos conceitos metodológicos apresentados, o material coletado nas entrevistas foi analisado em duas grandes etapas, conforme propõe Nicolaci-da-Costa (1989, 1994) para pesquisas qualitativas.

Na primeira etapa, a da análise intra-sujeitos, verificou-se o processo discursivo de cada participante através da análise individual do material coletado. Após a leitura detalhada de cada a entrevista, extraiu-se o *corpus* de análise de acordo com os objetivos da pesquisa e conforme o dispositivo analítico adotado. No *corpus*, observou-se a presença de alguns dos indicadores que a análise do discurso pêcheutiana sugere.

Ao longo da análise elencou-se quatro questões norteadoras que apareciam, em maior ou menor magnitude, em todas as entrevistas e que auxiliaram na apresentação dos resultados. Tais questões podem ser expressas por: 1) o ideal de mulher que as pacientes trazem e que remete ao “ser mulher” e ao corpo ideal na atualidade; 2) a imagem corporal das mulheres entrevistadas, que aponta como cada uma vive, sente e apresenta o seu corpo; 3) o impacto do câncer da mama na imagem corporal da mulher, que aponta as especificidades deste adoecimento na relação estabelecida com o corpo e; 4) o impacto do corpo ideal na imagem corporal dessas pacientes, que é o foco principal do trabalho e que elucida como o ideal de corpo culturalmente valorizado repercute na imagem corporal das mulheres investigadas.

Nesta vertente verticalizada, buscou-se detectar as possíveis repetições, contradições, bem como o contexto sócio-histórico da produção de sentido para cada sujeito.

Na segunda etapa, a da análise inter-sujeitos, foram reunidos os discursos das participantes a fim de propiciar uma visão panorâmica dos sentidos gerados no conjunto das entrevistas. Os discursos recorrentes apontam as tendências centrais do grupo estudado. A

partir deste material, pode ser realizado uma articulação entre os dados permitindo uma visão minuciosa e tridimensional do discurso apresentado. Nesta etapa, as quatro questões norteadoras citadas foram interpretadas a partir do dispositivo psicanalítico.

É inegável a contribuição da Análise do Discurso para a pesquisa qualitativa (Minayo, 2008). Atualmente, ela tem sido muito utilizada nas áreas de informação e comunicação visto que, “nas sociedades modernas, esses meios ocupam um lugar privilegiado de produção e reprodução do real, tornando-se poderosos ‘interferentes’ na organização do espaço relacional” (p. 321).

Evidencia-se a riqueza dessa forma de interpretação que articula a Análise do Discurso e a Psicanálise, por propiciar o retrato do sujeito singular e o funcionamento da sociedade na qual ele está inserido. Trata-se de um novo meio de interpretar o sujeito do discurso levando em conta as formações sociais que o determinam: o real da língua e o real da história atuando juntos (Tfouni & Laureano, 2005).

3.7- Cuidados éticos

De acordo com os princípios éticos que regem uma pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o contato inicial com as mulheres foi realizado no sentido de informar sobre os objetivos e os procedimentos da pesquisa, indagar sobre a concordância quanto à participação voluntária na mesma e marcar a data da entrevista.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2) foi lido junto com a participante e assinado por esta em duas vias, sendo uma da pesquisadora e outra da probanda.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário de Juiz de Fora sob parecer de número 277/2001.

4- APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O material coletado por meio da ficha de identificação e os dados extraídos das entrevistas foram analisados, e os resultados gerados foram divididos em duas modalidades. A ficha de identificação recebeu uma análise mais descritiva e os dados das entrevistas foram trabalhados à luz da Análise do Discurso, primeiro individualmente e, em seguida, reunidos e interpretados em conjunto, por meio do dispositivo psicanalítico.

4.1- Perfil das entrevistadas

Para melhor compreensão do contexto sócio-familiar das mulheres entrevistadas, apresenta-se uma breve caracterização dos dados colhidos na ficha de identificação. Os dados encontram-se agrupados primeiramente em uma tabela (Quadro 1), onde pode-se obter uma ampla visualização do grupo, tendo sido realizada uma análise do perfil geral das participantes do estudo.

Em agradecimento a essas mulheres que, doando parte de seu tempo se dispuseram a falar sobre um tema tão delicado tornando possível esta pesquisa, atribuiu-se nomes de flores a cada uma delas.

Quadro 1: Perfil sócio-familiar da amostra

Nome	Idade	Escolaridade	Profissão/ trabalho atual	Religião	Estado civil	Com quem mora	Tipo de cirurgia	Tempo de cirurgia
Margarida	63	1º grau incompleto	Overloquista	Católica	Viúva	Filha (38) e neto (9)	Mastectomia	2 anos e 2 meses
Rosa	52	1º grau incompleto	Diarista/ aposentada	Católica	Solteira	Mãe e três irmãs solteiras	Mastectomia	3 anos e 3 meses
Angélica	46	2º grau completo	Auxiliar administrativo	Católica	Casada	Marido, filha (24), filho (20)	Conservadora	3 anos e 4 meses
Violeta	64	1º grau incompleto	Diarista/ aposentada	Evangélica	Separada	Ex-marido, filho (47), neta (18) e neto (17)	Mastectomia	2 anos
Camélia	57	1º grau completo	Comércio/ Não trabalha	Católica	Casada	Marido, filha (30)	Mastectomia	4 anos
Verônica	58	Superior completo	Atendente/ Não Trabalha	Sem religião/ espiritualista	Separada	Mora sozinha	Conservadora	3 anos

Magnólia	60	1º grau incompleto	Cortadeira/ Do lar	Católica	Casada	Marido, filha (34) e filho (30)	Conservadora	2 anos e 10 meses
Hortência	56	1º grau incompleto	Serviços Gerais/ Do lar	Católica	Casada	Marido, filha (28) e filha (26)	Conservadora	4 anos
Dália	55	1º grau completo	Serviços Gerais/ aposentada	Espírita	Separada	Atual companheiro	Mastectomia	2 anos e 8 meses
Érica	48	Superior completo	Restauradora	Espírita	Separada	Filho (14)	Mastectomia	2 anos e 5 meses
Edelwais	63	1º grau incompleto	Do lar	Evangélica	Casada	Marido	Mastectomia	1 ano
Acácia	51	1º grau incompleto	Doméstica / não trabalha	Evangélica	Separada	Filha (9)	Mastectomia	2 anos

A partir do quadro apresentado verifica-se que a idade das participantes variou entre 46 e 64 anos, sendo a idade média em torno de 56 anos.

Quanto à escolaridade, trata-se de um grupo bastante heterogêneo. Das doze mulheres entrevistadas apenas duas haviam completado o ensino superior, somente uma concluiu o segundo grau, duas concluíram o primeiro grau e todas as outras (n=7) não tinham o primeiro grau completo. Entre as entrevistadas, a paciente que frequentou escola por menos tempo estudou até a terceira série do ensino básico. Todas sabiam ler e escrever.

A maioria das pacientes (n=9) exercem profissões socialmente definidas como femininas e que são realizadas no espaço doméstico (do lar, diarista, costureira e restauradora). Apenas três participantes tiveram engajamento em atividades que lidam com o público e que antes eram mais restritas ao universo masculino (auxiliar administrativo, comerciante e atendente). Ainda assim, esse cenário parece reforçar um estereótipo que imputa às mulheres desta geração e classe social o investimento em funções voltadas para o âmbito doméstico ou para ofícios que exigem baixa qualificação. Das 12 mulheres entrevistadas apenas três estão exercendo atualmente atividades remuneradas.

No que diz respeito à religião, quase todas as participantes frequentam algum tipo de templo, sendo a metade católica (n=6). Três mulheres se denominam evangélicas, duas espíritas e apenas uma se diz sem religião, porém “espiritualista”.

A situação conjugal das mulheres apresentou-se bem diversificada, sendo cinco casadas, cinco separadas, uma viúva e uma solteira. Apenas a entrevistada solteira não tem filhos, segundo ela, por não ter encontrado um companheiro.

Entre as entrevistadas, cinco moram com o marido e alguns dos filhos e/ou netos e três moram com os filhos e netos. Esse quadro corrobora uma tendência atual dos filhos

adiarem a saída da casa dos pais na idade adulta ou mesmo retornarem para o convívio com estes após separações conjugais. Uma das pacientes citadas relatou morar com o ex-marido, os filhos e o netos. Das outras participantes, duas moram com o marido ou companheiro atual, uma mora com a mãe e irmãs e apenas uma mora sozinha.

Oito mulheres fizeram a mastectomia e quatro a cirurgia conservadora. O tempo de cirurgia variou entre 1 e 4 anos, sendo predominante o número de mulheres que realizou a cirurgia há cerca de dois anos (n=6).

Todas as entrevistadas moram atualmente em Juiz de Fora, mas apenas três nasceram nesta cidade.

O item quanto ao peso e altura não foi discutido aqui porque nenhuma das participantes apresentou uma variação importante nestes quesitos.

4.2- Análise das entrevistas intra-sujeitos

Para ilustrar a construção do processo discursivo, utilizou-se fragmentos do *corpus* da pesquisa. Neste trabalho, convencionou-se que as falas da pesquisadora e da paciente são escritas em itálico e entre aspas, as palavras que merecem destaque foram sublinhadas, as paráfrases ligadas por um traço, as polissemias contrapostas por uma barra.

4.2.1- Margarida

Ideal de mulher

“Pesquisadora: Pra você, o que é ser mulher?”

Margarida: (Pequeno silêncio de reflexão) Ah... é um dom de Deus, né? (risos). É um dom de Deus porque oh, mulher padece muito mas também tem seus... seus bens, né? É muito mais... é muito... como é que faz? que fala, eh (estala a língua)... solicitada, né? Em vários lugares...

Pesquisadora: Em vários lugares? Como assim?

Margarida: Ah... eh... é nas escola, né? Dos, dos nossos filhos... na, nas igrejas, que tem muita gente que faz o cursinho de igreja, é muito... eh, nós somos muito privilegiadas (risos)”.

Diante da pergunta “Pra você, o que é ser mulher?” o silêncio reflexivo que antecede a resposta dada pela paciente coaduna com a ideia do silêncio fundador da análise do discurso, que atesta que o sentido do que é dito pode ser outro. A paciente parece não estar muito segura para definir uma mulher.

A resposta a esta pergunta é logo depois desvelada pelos processos parafrásicos que apontam um ideal de mulher impregnado pelo “dom – bens – privilégio” e ao mesmo tempo nomeado como algo que “padece – é muito solicitado”. Em um outro momento do *corpus*, o ideal de mulher é associado àquela que vive um dia a dia “tumultuado”. Encontra-se a ruptura no discurso, ou seja, a polissemia, no contraponto existente entre “dom/padece”, “privilégio/tumultuado”, o que indica uma possível ambiguidade da paciente quanto ao lugar ocupado pela mulher atual.

Ressalta-se também o uso da palavra “padece”, que é pouco usual no cotidiano, mas que aqui aparece e pode ser analisado como pertencente ao que Pêcheux chama de esquecido número um, já que alude inconscientemente a expressão preexistente “ser mãe é padecer no paraíso”. Em uma relação de sentido, onde um discurso é precedido por outro, a paciente parece ter se valido dessa expressão e tomado “mãe” como correlato à “mulher”.

Imagem corporal

A imagem corporal da paciente pode ser apreendida através do discurso que se forma em torno de um corpo que ela afirma estar bem “graças à Deus”. A expressão entre aspas é repetida 20 vezes ao longo da entrevista e sempre relacionada ao fato de a paciente estar “bem” hoje. O que fica implícito nesta expressão e que pode ser lido como um pressuposto é que o bem-estar da paciente é visto como uma graça que só poderia ser alcançada por intervenção divina. Subentende-se deste discurso, conhecendo o contexto da doença que a paciente enfrentou e considerando que sua mãe faleceu aos 80 anos em decorrência do mesmo câncer, que a paciente se vê como beneficiária de um milagre.

Ainda sobre a imagem corporal, Margarida comenta a idade como fator limitador para a exposição do corpo:

“(...) a gente de uma certa idade já não tem mais esse... esse... sei lá, não fica bem, né? ficar mostrando assim.”

As reticências apontam a dificuldade da entrevistada em nomear o que afinal ela quer dizer que as mulheres mais velhas não tem. Pelo discurso apresentado pode-se inferir que a

paciente está se referindo ao apelo ao corpo como objeto de desejo que ela acredita ser próprio das mais jovens.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O impacto do câncer da mama aparece no discurso da paciente desde a indicação do seio como órgão que mais representa a mulher por ser “mais vistoso”, o que se “olha” na rua e que “aparece” no decote. A paráfrase vistoso/olha/aparece remete ao seio como órgão feminino que pode ser visto e por isto valorizado. Tal ideia é reforçada pela fala “(...) *a gente sem eles você já viu, né? Não é fácil não...*”.

A dor pela perda da mama aparece em outras passagens como “*Sinto falta do... seio...*” ou “*Eu não gostava nem de olhar no espelho, sabe? Assim que tira, fica uma cicatriz enorme, né?*”, mas logo depois é negada com uma afirmação do tipo “(...) *agora eu já acostumei, sabe? graças à Deus, não sinto falta nenhuma*”. A falha no discurso da participante fica evidente neste ponto e pode ser compreendida novamente dentro de um contexto sócio-histórico no qual a perda da mama deve ser menos importante do que a gratidão pela dádiva da vida.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

Nesta entrevista, o impacto do corpo ideal sobre a imagem corporal apareceu em menor magnitude. Pode ser percebido apenas na fala quanto à reconstrução mamária, onde a polêmica em torno do uso seguro ou não do silicone anunciado pela mídia serve de justificativa para o temor da cirurgia.

Sabe-se que todo o discurso é permeado pelas relações de sentido, de força e pelos mecanismos de antecipação. Observa-se ao longo da entrevista uma preocupação da paciente quanto aos termos que devem ser usados, como se a palavra tivesse relação direta com o que ela pretende dizer e como uma forma de regular sua argumentação. Pode se ter um exemplo disso na já ilustrada passagem em que ela diz “(...) *como é que faz? que fala, eh (estala a língua)...*”.

4.2.2- Rosa

Ideal de mulher

No discurso da paciente, o ideal de mulher aparece profundamente relacionado aos papéis ideais de esposa e mãe. Ela atribui à mulher o dever de ser “(...) *uma boa dona de casa, ser uma boa mãe, ser uma boa filha, sabe?*” e fala de sua situação enquanto mulher dentro de um “(...) *apesar de* não ter me casado, eu sou solteira, sabe? Mas eu acho assim, legal. Eu gosto de ser uma... mulher. Eu acho interessante assim, porque, *apesar de* eu não ter sido mãe e tudo... mas é legal”. A expressão sublinhada traz como pressuposto um sentimento de falta, de falha, dentro do que seria esperado de uma mulher. Assim ela se coloca como uma mulher apesar da falta, incompleta portanto. Dentro do contexto sócio-histórico subentende-se que essa incompletude ocorre pela ausência de um homem ou um filho. Ao longo do discurso esse lugar de ser mulher como ser causa de desejo para um homem retorna sob diferentes roupagens.

Analisando as paráfrases “deixando muito a desejar – não tem muito valor – andando muito pelada – manjada” destacadas na passagem a seguir, denota-se uma concepção de que a mulher contemporânea se desvalorizou na medida em que ela utiliza o próprio corpo como objeto para obtenção de prazer e admiração.

“ (...) hoje em dia as mulheres tão deixando muito a desejar...né? Então... eu acho que hoje em dia a mulher não tem muito valor não. Porque elas, elas estão assim andando muito pelada e tudo (...) no meu entender a minha educação foi ótima, não, nunca culpei meus pais por nada, sempre ter sido muito rígido, então eu sou feliz, sabe? Mas mulher... eu acho que... teria que ter mais valor. Mas infelizmente muitas delas não se dão então... a mulher fica muito assim manjada, minha opinião é essa”

Em contrapartida, a paciente deixa escapar que sua educação rígida pode ter, de alguma maneira, a impedido de se satisfazer enquanto mulher. A palavra “culpa”, empregada no trecho citado, permite entrever um certo ressentimento em relação aos valores morais que os pais passaram e que talvez a tolheram de viver um relacionamento mais livre. Embora ela diga “nunca culpei”, o uso deste último termo denuncia exatamente o oposto.

É interessante observar que em um determinado momento ela caracteriza o pai como “enjoado – rígido” e depois, quando questionada sobre o que ela menos gosta em si mesma, ela responde “(...) *é que eu sou meia... enjoadinha. Muito exigente, exigente, sabe?*”. As mesmas características que são atribuídas ao pai como qualidades, ela atribui a si mesma

como defeitos. Tal aspecto reforça a ideia de que a paciente talvez culpe os pais por sua educação mais moralista e, por amor a eles, não consiga trazer essa mágoa à tona.

A questão da culpa fica implícita ao longo de todo o discurso da paciente com relação aos seus pais e pode ser lida, principalmente, no cuidado que ela demonstra ter hoje com a mãe, pessoa com quem manteve um laço conflituoso por muito tempo:

“(...) tenho muito amor pela minha família, minha mãe eu amo ela de paixão. E a gente sempre brigou muito, e hoje em dia ela tá em cima de uma cama e quem mais carinha ela sou eu. Minhas irmãs ajuda, mas com mais carinho, com mais dedicação, sou eu...”

Imagem corporal

A imagem corporal da participante reflete um corpo em que o investimento afetivo ocorre apenas parcialmente. Ela apresenta-se como um corpo doente tal qual o de sua mãe *“Então eu não me casei, hoje eu cuido da minha mãe que também é doente então... eu sou livre, né?”*. A liberdade mencionada também é relativa, pois ela não está “presa” ao matrimônio, mas está “presa” ao seu compromisso de cuidar da mãe.

A paciente comenta a idade como fator positivo para a sua imagem corporal visto que na juventude ela se julgava *“muito bobinha”* e agora relata se aceitar melhor. Ainda assim essa aceitação não é incondicional, visto que ela utiliza tons jocosos para falar do que não gosta no seu corpo *“(...) eu levo até na base da esportiva”* e mesmo para se elogiar *“me acho ma-ra-vilhosa”* ou *“(...) eu me sinto... eu sou ‘lindia’(risos) eu falo, ainda brinco assim, sabe?”*.

Em relação ao olhar do outro sobre o seu corpo, percebe-se uma certa ambiguidade pois em alguns momentos ela afirma *“(...) adoro quando eu... passo na rua e que alguém me repara, sabe?”* e em outros ela diz *“(...) eu até prefiro passar despercebida, nesse sentido, pra não ouvir coisas que eu não gostaria de ouvir”*.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O impacto do câncer da mama sobre sua imagem corporal tende a ser minimizado com colocações do tipo *“(...) não modificou nada na minha vida o fato de eu não ter minha mama, sabe?”*. Contudo, esse impacto se faz presente ao falar do cabelo *“E só chorei na hora que meu cabelo tava caindo. Foi a única vez que eu chorei, mas hoje ele tá aí bonito, voltou muito melhor. Voltou mais... vistoso, né?”* e quando justifica a escolha da mama como órgão que mais representa a mulher *“(...) eu acho que a mama, não sei se é porque eu perdi, né?”*.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

O impacto do corpo ideal sobre a imagem corporal fica evidente em diversas passagens da entrevista. Quando questionada sobre o que é cuidar do corpo, a paciente menciona os cuidados estéticos “(...) *eu assim... eu sempre fiz é... usei assim um creme uma coisa assim*”. O cuidar do corpo remete a um discurso vinculado ao cuidado com a beleza.

A paciente manifesta sua preocupação em apresentar uma boa aparência diante de outras pessoas:

“(...) se eu tiver que sair e eu não puder me arrumar adequadamente, eu não vou, porque eu fico com medo de envergonhar as pessoas. Igual aconteceu um dia desses, tinha um baile que eu ia ser convidada mas eu falei com a pessoa “não precisa me convidar porque eu não vou, porque eu não tenho condições”... mas na hora me deu uma vontade de ir... mas assim se eu tivesse... arrumado roupa direitinho jun... arrumado condi... tivesse... arrumado condições pra ir fazer esse programa até tudo bem. Mas fora isso... eu me sinto assim, eu não gosto, sabe? Se tiver de ir em um lugar assim tem que ser chique (ênfase) e eu não posso ... eu prefiro não ir.”. Note que a palavra grifada sugere que estar fora dos padrões estabelecidos pode ser causa de constrangimento não só para a própria pessoa mas também para os que com ela estiverem. A paciente se privou de um lazer por não poder se apresentar “adequadamente – chique”.

Rosa expõe a importância do corpo belo como moeda de troca nos laços sociais, sobretudo no que tange a atração do olhar masculino. Como ela não tem um homem ao seu lado, o investimento na aparência física é menor “*Eu sou uma solteira feliz! Então não me... se eu tivesse um marido eu acho que eu iria preocupar mais com o meu corpo, sabe?*”. Ao final da entrevista, quando questionada se havia algo mais que ela gostaria de dizer, ela ressalta “(...) *não digo que eu não tenho sonho de ter alguém um dia... mas isso se for uma pessoa pra me respeitar e gostar muito de mim também*”. O sonho de um dia ser desejada como mulher permeia a relação da participante com seu corpo. Um corpo que só poderia ser investido libidinalmente por ela se houvesse alguém para admirá-lo primeiro.

Em todo o discurso é marcante a utilização da expressão “sabe?” ao final das frases. Assim, a paciente antecipa na sua argumentação uma busca por ser compreendida e até ter sua opinião confirmada na relação estabelecida com a pesquisadora.

4.2.3- Angélica

Ideal de mulher

O ideal de mulher é expresso ao longo do discurso da paciente como algo “*difícil*” de ser vivenciado. Angélica tenta conciliar as necessidades da vida doméstica com as suas tarefas profissionais, e se vê com todas as atribuições cotidianas de uma típica mulher moderna. As paráfrases grifadas ilustram esse fato:

“Ah... eu não sei, porque... são muitas coisas, né? Atribui a casa, o trabalho, os filhos, e... engloba um monte de coisa que... durant... eu acho que o dia pra mim (ênfase) 24 horas é pouco. Pra tudo que eu preciso fazer durante o dia. Mas eu gosto de ser mulher... num... não tenho assim, sabe? nenhum preconceito não. Eu gosto muito até, de tudo que eu faço, dos meus filhos, do meu casamento, da minha vida, tudo.”, “é um corre corre danado”.

Observa-se uma busca da participante em dar conta de suas múltiplas funções que são experimentadas como uma fonte de estresse mas, ao mesmo tempo, como algo gratificante e que a paciente destaca “gostar muito até”. O discurso analisado corrobora a ideia de mulher disseminada na cultura atual, na qual as atividades da vida doméstica se mesclam com os compromissos profissionais e trazem, tanto a dimensão da sobrecarga, quanto a da conquista de um espaço.

Neste contexto, o uso da palavra “preconceito” chama a atenção por fazer eco a uma ideia subjacente que coloca a mulher em um lugar de menos valia. Subentende-se, pelo contexto sócio-histórico do discurso da paciente, que a mulher poderia ser alvo de preconceito por possuir características vistas como negativas por outras pessoas.

O ideal de mulher surge também associado a ideia de que “(...) *mulher é sempre mais forte*”. A paciente reforça essa premissa manifestando seu desejo de poupar os filhos dos efeitos de seu adoecimento “*Porque eu... antes de pensar em mim eu tava pensando nos menino, não queria que eles me vissem... mal. Então... nunca fiquei mal*”.

Imagem corporal

Angélica apresenta uma imagem corporal com características positivas e enfatiza se sentir bem diante do espelho e diante do olhar dos outros, como ilustrado a seguir “(...) gosto de tudo em mim... me olho no espelho e me vejo bem (ênfase)”, “(...) quando eu me olho no espelho e quando os outros falam também, né? Eu trabalho numa empresa onde tem só

homem (pausa) então todo dia é diferente. Todo dia tem alguém falando alguma coisa, todo dia tem alguém elogiando... mas eu gosto muito!”.

A participante reconhece explicitamente o seu investimento, inclusive financeiro, na aparência física

“Angélica: (risos) Isso é vaidade? É, né? Eu sou uma pessoa muito vaidosa. Muito! Sou muito vaidosa.

Pesquisadora: Como assim?

Angélica: Ah, eu gosto de... fazer minha unha, de ir no salão, de arrumar cabelo, então assim, é (ênfase) um tipo de dinheiro que eu gasto assim... com prazer! Todo fim-de-semana eu gasto mesmo! Com prazer!”

Por outro lado, a imagem corporal apresenta suas ranhuras na medida em que há algo, no caso a barriga, que está fora dos parâmetros adequados para ela. A paciente parece buscar nas outras pessoas uma confirmação de que sua imagem permanece satisfatória, ela diz “(...) *todo mundo fala que não, que não, que não...mas eu acho feio*”. Nesta afirmativa, pressupõe-se a atitude de pedir a opinião dos outros sobre o seu corpo e subentende-se a busca de um elogio que alivie a angústia por não ter a estética almejada.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O impacto do câncer da mama na imagem corporal da paciente tangencia seu discurso e surge de forma ambígua, sendo caracterizado como um evento que “acabou comigo – baqueou”, como visto no trecho:

“Na época que o Dr. João me deu assim...falou comigo que eu tinha que fazer uma cirurgia, que eu tava com câncer...aquilo eu...nossa, acabou comigo. Então eu fiquei um tempo assim meio baqueada”

E também como algo que causou uma “diferença” no seu corpo que ela sistematicamente analisava: “(...) no começo é... eu senti uma diferença porque eu ficava muito que prestando atenção, muito que olhando, ah aqui tá menor, aqui tá maior... mas... com o tempo... foi passando”.

Em outros momentos a cirurgia é comentada como uma experiência sem maiores repercussões: “A cirurgia não teve nenhuma mudança”, “Ah... eu... num me sinto assim diferente de ninguém não”, “(...) quem fez a minha cirurgia foi o Doutor X. e ele fez uma cirurgia per-feita!”.

A contradição no discurso pode ser percebida ao contrapor “acabou comigo/não teve nenhuma mudança”, “senti uma diferença/ num me sinto assim diferente”.

Cabe lembrar que a cirurgia realizada por esta paciente foi conservadora, o que talvez possa justificar essa diferença sentida no início do tratamento mas logo depois superada.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

O impacto do corpo ideal na imagem corporal está presente em diversos momentos do discurso e reforça a noção de corpo disseminada na sociedade contemporânea. Quando perguntada sobre se sentir uma pessoa saudável, a paciente responde dentro de uma lógica de cuidados com a alimentação e atividades físicas. Sem desmerecer a importância desses dois fatores na saúde, observa-se que o destaque a esses pontos faz jus à atual cultura das dietas e da malhação.

Outros momentos em que a imagem corporal aparece afetada pelo ideal de corpo ocorrem quando a paciente afirma *“Ah... eu gosto de me arrumar, eu gosto de... de tudo que uma mulher gosta mesmo (risos)”* ou *“(...) quando eu saio de casa eu já saio preparada pra encontrar... (risos) e pra ir pra qualquer lugar”*. Essas passagens refletem a concepção da paciente de que toda mulher gosta de cuidar da aparência e expõe sua atitude de estar sempre pronta pra corresponder às expectativas de beleza colocadas sobre ela.

O desejo explícito de fazer uma lipoaspiração abdominal para ter o corpo “perfeito” também aponta essa repercussão da sociedade sobre a imagem corporal da paciente. Sabe-se que a barriga valorizada deve ser lisa e, para atingir esse ideal, há que se recorrer a certos artifícios, até mesmo cirúrgicos. Mesmo alegando estar satisfeita com o seu corpo, a barriga se apresenta como um problema que deve ser resolvido pela participante.

“A única coisa que eu pensei foi fazer um... uma lipo abdominal (...) conversei com algumas pessoas, que acham que não precisa também... mas assim uma coisa que eu gostaria de fazer”, “(...) a ideia foi de que eu queria mesmo ter o abdome... perfeito!”

Pela relação de força pode-se pensar que talvez a paciente tenha mantido uma certa distância segura para falar de seu corpo ao longo da entrevista não querendo se apresentar mal diante de uma entrevistadora, também mulher. Outra hipótese é de que essa paciente realmente tenha buscado outros recursos de investimento em si que minimizaram os efeitos da cirurgia sobre sua imagem corporal. Cabe lembrar que o tipo de cirurgia também deve ser considerado.

4.2.4- Violeta

Ideal de mulher

“Ah, ser mulher é... ser uma coisa maravilhosa que Deus criou. É por que nós... temos... o dever de ser mãe, dona de casa, ser calma, ser meiga, ser boa, né? Então ser mulher tem que ser uma pessoa boa, compreensiva, trabalhadeira, sem preguiça, né? Você tá na sua boa em casa, chega alguém ‘ah, quero almoçar, eu não almocei’...você tem que ter disposição....ir pro fogão, fazer comida... não aqui ninguém fica com fome não. Ser mulher é... tudo muito bom que Deus criou”.

A paciente percebe o ideal de mulher como fruto de uma obra divina e atribui a essa mulher o dever de cumprir com os papéis ideais de mãe e dona de casa. Em seu discurso, a mulher é vista como responsável pelas tarefas domésticas e cuidados com a prole e deve exercer essas funções de modo afetuoso, como apontam as paráfrases grifadas, e sempre disponível.

O ideal de mulher “forte” também aparece no discurso da paciente na medida em que ela aponta que “(...) os homens... eles depende demais da mulher” e mais adiante ao afirmar que “(...) eu acho tudo mais fácil pra mulher”. Analisando o contexto sócio-histórico da paciente, observa-se que estas falas podem estar relacionadas com o fato de que atualmente ela é quem cuida do ex-marido que tem mal de Parkinson e que “(...) toda vida ele foi uma pessoa assim...desde jovem, ele... é muito... sem iniciativa, muito parado, sabe? Essas pessoas que não decide nada...então eu sempre fui o homem e a mulher, eu arrumava as vezes o emprego pra ele, eu que cuidei pra ele aposentar, então sabe eu que sempre corri e fiz tudo”. A expressão “sempre fui o homem e a mulher” trazem como pano de fundo no discurso da entrevistada as relações de gênero percebidas por ela, na qual o homem está associado as atividades no âmbito público e a mulher reservada aos trabalhos no ambiente doméstico. A idade da paciente é um dos fatores que deve ser considerado nesta análise, visto que ela conviveu menos com as conquistas femininas no espaço profissional.

Imagem corporal

Violeta apresenta uma imagem corporal marcada por um corpo voltado para o trabalho físico, conforme ilustram as passagens: “Sempre trabalhei muito, demais, desde 8 anos eu nunca parei de trabalhar, parei agora...” ou “(...) sabe, eu nunca tive preguiça pra trabalhar”. Os cuidados com o corpo estão mais voltados para as práticas de asseio e a

preocupação é maior com a idade, o que poderia debilitar a paciente no exercício de suas atividades rotineiras, do que com a aparência física.

O pudor com o próprio corpo e com o corpo do outro é demonstrado na falas “*Não, eu não fui criada assim, ficando nua na frente dos outros, então isso eu... não tenho o habito de fazer, não gosto. E nem gosto que as minhas meninas faz isso, sei lá eu acho que é falta de...sei lá...acho falta de pudor, tem que saber se guardar, né?*” ou “*Com 16 anos, eu não conhecia o corpo de um homem, não sabia como era, sempre fui assim sozinha, porque sempre fui muito tímida, mas muito mesmo, sabe?*”. Fica implícito neste discurso que a exposição do corpo é vista negativamente pela paciente. Para ela, o corpo deve ser “guardado”.

A participante relata à princípio não ter nada que não goste em seu corpo, mas ao longo da entrevista revela sua insatisfação pelo ganho de peso “*Eu me sinto bem, só que eu engordei... eu era assim magrinha, igual você. Engordei, mas isso é normal, é da idade...é de... muita coisa (tom baixo)*”.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O impacto do câncer da mama na imagem corporal da paciente fica claro no modo como ela se refere às outras mulheres como “*(...) perfeitas, com busto normal*”. Como não-dito subentende-se que as mulheres que fizeram cirurgia não seriam mais perfeitas, já que seus bustos foram alterados. Logo após essa fala, a participante explica como se sente em relação às mulheres que não passaram pelo câncer da mama: “*Cada um é cada um. Eu não sinto nada. Não tenho inveja, nunca tive...nada. Não desejo nada do outro 'ai eu queria ser igual fulano', 'ai eu queria ter isso', não. Nada disso. Cada um é cada um. Deus deu pra você, assim você é linda assim, então você não tem que achar que... a outra é mais bonita que você ou melhor*”. A questão da inveja destacada na passagem acima, surge no discurso da paciente como um sentimento que seria natural neste tipo de situação.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

A cultura do corpo ideal impacta a imagem corporal de Violeta, como demonstrado por exemplo, em sua queixa pelo peso adquirido ao longo dos anos. Porém, esses efeitos são minimizados pela falta de perspectiva de um olhar do outro sobre o seu corpo como expresso na fala “*Então...eu me acho ótima. E depois eu não estou a procura de ninguém, né? Se eu tivesse a procura de um namorado, alguém, ai já tinha vaidade, 'não, eu vou refazer o seio,*

porque tem que ficar bonita e mostrar elegante’, mas eu... não preciso...eu não quero isso mais”. Os trechos grifados indicam a importância que a paciente atribui a aparência física no caso de ela querer estabelecer novas relações amorosas.

Violeta ressalta o cuidado também com a aparência dos filhos: “(...) eu ainda cuido muito dos meus filhos casados...é uma roupa... ‘ah vou em tal lugar’, ‘ih, mas essa roupa tá assim...’, aí eu vou, e pego, cuido...tem que ir, tem que ir arrumado, não quero que passe humilhação...então é assim...”. A humilhação como consequência por não estar de acordo com as normas estéticas é ressaltada nessa passagem.

A repetição “tem que” grifada nos últimos fragmentos reforçam que “ficar bonita” e “ir arrumado” é uma exigência e não uma opção.

Dois fatores devem ser destacados na análise desta entrevista. O primeiro diz respeito a idade da paciente, ela é a participante mais velha do grupo, com 64 anos, o que pode ter efeitos no modo como ela se relaciona com o próprio corpo e com a doença. O segundo ponto é o forte componente religioso presente no discurso da paciente. Ela se tornou evangélica após o câncer da mama e manifesta em diferentes momentos da entrevista uma atitude de aceitação da doença como algo designado por Deus, como no exemplo: “(...) tudo que eu te falei é o que eu sinto, é o que eu acho, que eu vejo...acho que as pessoas não devem ficar mexendo no corpo se não for pela saúde, né? Deve ficar normal conforme Deus deu...se Deus deu é porque é perfeito, não mexe não, pode ficar pior”.

4.2.5- Camélia

Ideal de mulher

O ideal de mulher é apresentado no discurso da paciente muito ligado ao ideal da super mulher, aquela que tem múltiplas funções e que deve dar conta de todas elas. Ela diz:

“Ser mulher? (silêncio de reflexão). Ah é... assim é... é bom ser mulher, né? É... ser valorizada, ser... né? Ter... vaidade, né? Ter seu trabalho, né? É poder ser... né? Construir uma família, ter filhos, né? Eu acho que... né? Ser mulher é um ser humano e que... tem muitas coisas, né? muitas coisas boas, tem... muita coisa assim pra... pra doar, né? Pra ensinar, pra crescer, pra servir, né?”.

A resposta dada pela participante é precedida por um breve silêncio de reflexão que parece indicar seu anseio em definir da forma mais exata possível o que é ser mulher para ela.

Contudo, pelo esquecimento número dois, sabe-se que a relação entre a palavra e o que se pretende dizer não é direta e natural. O uso frequente da partícula “né?” ao longo da passagem corrobora esta questão apontando uma busca da paciente em obter a confirmação por parte de seu interlocutor, no caso a entrevistadora, de que seu discurso está sendo compreendido e aceito.

As palavras grifadas trazem implicitamente a dimensão da mulher que é mãe, é profissional e precisa estar sempre bonita para ser ainda mais valorizada. A mulher é tomada como aquela que deve se doar e servir ao outro.

Imagem corporal

A imagem corporal da paciente é vivenciada de modo ambíguo. Ela manifesta que:

“Então assim... eu valorizo tudo em mim, né? porque eu acho que a gente é um ser humano e a gente tem que valorizar tudo, né? mesmo que, né? às vezes tem pessoa que não gosta do cabelo... num gosta, né? ... do... do... do corpo. Mas eu acho que a gente tem que valo, então depois que eu perdi a mama você valoriza muito mais os outros órgãos seus, sabe? Eu não tenho nada que eu não goste em mim, né? Assim, sinto falta dela, porque eu não fiz a reconstituição... tenho, né? Tenho medo de fazer e tal. Mas eu (ênfase) gostava muito delas, apesar de ser pequenininha, né? (fala colocando a mão em concha nos seios e sorrindo) pesava meio quilo e tal mas... eu gosto de tudo em mim porque a gente tem que valorizar aquilo que Deus te deu, né? Você é assim, você tem que valorizar, né? Não valorizar o que tá no outro, valoriza o que tá em você, né? Você pode achar o cabelo da outra bonito, o corpo da outra bonito, o... né? As mamas bonitas... mas também se valorizar senão você fica muito, né? Muito... pra baixo”.

Em outro momento a paciente diz:

“É... assim... eu senti que eu engordei um pouquinho, fiquei um pouquinho com essa barriga..., né? mas, tô tentando perder barriga, fazendo caminhada..., né? Porque eu acho que a ansiedade, né? faz a gente comer mais, né? fica ansiosa assim. Mas... no mais... , né? igual eu tô te falando, a gente... às vezes fica aborrecida, triste, mas a gente ainda tem que agradecer que tá viva, né? tem gente lutando, né? pra... sobreviver. Então a gente não pode também reclamar muito , né? ficar lastimando muito... eu acho que Deus não gosta (risos)”.

Esses dois fragmentos, reproduzidos aqui quase na íntegra, ilustram bem a maneira como a paciente percebe seu próprio corpo. Na primeira passagem, as frases grifadas trazem

afirmações da paciente de gostar do seu corpo. Ao longo do discurso porém, as falhas em sua imagem corporal se revelam nas queixas sobre a perda da mama ou no ganho da barriga.

A repetição “tem que valorizar” no primeiro trecho e as falas “tem que agradecer” e “não pode reclamar” do segundo fragmento deixam implícito o desconforto da entrevistada em relação a seu corpo. Como pressuposto tem-se que o corpo é valorizado não por mérito e sim por obrigação. Subentende-se que, mesmo sendo um corpo marcado pela falta de um órgão que a paciente julga “compor a mulher”, a sobrevivência a um adoecimento grave como é o câncer da mama é sentido como algo maior. A paciente reafirma a importância de valorizar o que tem, mesmo que não seja o que ela gostaria de ter, seja por medo de perder mais algum órgão, seja porque “Deus não gosta” ou seja pra que ela mesma não fique muito “pra baixo”.

A entrevistada exprime também uma imagem corporal deserotizada na medida em que ressalta sua falta de desejo sexual e se refere a isso como uma vela que se apagou.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O impacto do câncer da mama na imagem corporal é notável ao longo do discurso e pode ser visto desde as características conferidas aos seios que oscilam entre o profano e o sagrado:

“Então eu vejo a mama assim ela é ... um órgão... sexual, né? Que, que às vezes é muito usado, tem mulher que usa muito o corpo, né? Assim, pela mama, né? É... é... como é que fala? Assim... se acha muito, né? Bonita... tem as mamas, né? grandes, bonitas, o pessoal aí colocando silicone, né? pra mostrar mais peito, né? É uma coisa que realmente chama atenção, né? o homem vê, gosta, né? Mas... eu vejo também um lado, assim um lado é... sagrado, sabe? Você, uma mulher dar leite, né? seu organismo dar leite. Você amamentar o filho que... né? Que... que Deus deixou você gerar. Eu vejo ela assim muito sagrada. Não só pelo lado sexual entendeu? O lado assim, né? que chama atenção, o visual, né? Porque realmente, né? é bonito, né? Mas... eu vejo muito esse lado sagrado”.

A mama é tomada pela paciente como um órgão da sedução e da maternidade. A retirada cirúrgica deste órgão foi sentido por ela como um “horror” amenizado apenas pelo fato de estar viva.

Em uma das passagens já apresentadas a falta da mama é mencionada. Camélia retoma em outros trechos essa falta e manifesta seus efeitos na imagem corporal:

“(...) você fica envergonhada, você sente falta... o teu corpo sente falta dela, entendeu? E é desproporcional, né? por mais que você use uma prótese, não é a mesma coisa, sabe? Não é mesma coisa. Então assim... é... dá mesmo uma caída na mulher. Fica bem caída, eu pelo menos fiquei bem... Bem pra baixo”.

Mais adiante ela diz:

“Você sente assim, diferente, né? das que tem, que não teve câncer de mama, você se sente assim... é... um pouco assim... parece assim diferente, né? Você não é mais completa, né? Você sente um pouco diferente. É... é... assim... como é... o termo que pode usar... menos, né? Menos mulher, não se compara, né? falta alguma coisa em você, que você teve e hoje você não tem mais”.

As paráfrases “caída – pra baixo – menos” em destaque nas passagens anteriores remetem a ideia de que o diagnóstico e tratamento do câncer da mama deixam a imagem corporal da mulher bastante vulnerável e faz com que ela se sinta diminuída em seus valores e expectativas de vida.

A recorrência do câncer é vivida pela entrevistada como uma preocupação constante *“(...) você vive assim, em alerta, entendeu? Sempre assim com aquele medo, parece... o câncer ele é uma ameaça pra você”.*

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

O corpo ideal repercute na imagem corporal da entrevistada de modo incisivo. Ela denuncia uma supervalorização do externo em detrimento ao interno na sociedade atual através da fala: *“Às vezes tem pessoas que valorizam muito o corpo, né? Muito vaidosa... às vezes assim, larga alguns preceitos de lado e vê mais assim o lado, né? sexual, o corpo, né? Valoriza mais assim a parte estética, né? E às vezes não o interior ... da mulher”.* Em função desta percepção, a paciente se relaciona com seu corpo de modo ambíguo, conforme apresentado, tem dificuldade de se olhar no espelho e evita encontros sociais em que precisará se expor *“(...) praia, piscina, essas coisas pra mim é... nunca mais eu fui (...) Eu não uso roupa mais assim de alcinha, vestido, roupa decotada...”.*

As falas de se sentir “envergonhada”, “diferente”, “incompleta” e “menos mulher” também apontam o impacto da cultura do corpo ideal sobre a imagem corporal dessa paciente. Uma alteração no corpo é experimentada como uma exclusão social, como um débito em relação às outras mulheres. Mesmo cuidando da aparência física, a paciente se sente aquém do que seria esperado dela: *“É eu gosto assim de de arrumar meu cabelo... fazer escova, fazer*

unha, né? cuidado da pele, que eu já tive mancha, né? tento tirar as manchas. Mas, na parte assim de... , né? pra me igualar a elas seria fazer uma reconstituição e é uma coisa que também assim, não tenho vontade também, sabe? De fazer a reconstituição... (...) teve gente que já fez e deu errado, né? Tem, eu tenho medo mesmo, sabe?”.

4.2.6- Verônica

Ideal de mulher

Verônica traz em seu discurso a noção do ideal de mulher que pode ser apreendido a partir das paráfrases destacadas a seguir:

“Verônica: Ah, eu gosto de ser mulher... Eu acho que... a gente sofre muito, passa muito perrengue, mas é bom, é gostoso. Eu curto.

Entrevistadora: Passa perrengue?

Verônica: Passa perrengue assim, a gente passa sufoco. Eu sou mãe solteira, eu tive...fui casada duas vezes. Tive uma filha de um casamento não oficializado, eu criei ela sozinha e foi muito brabo. Então essas coisas assim, eu acho bom, mas ao mesmo tempo eu acho meio complicado, você sofre muito (...) E ser mulher é ser isso aí, é batalhar, é correr atrás, é lutar, pega daqui, pega dali e vai levando”.

Neste trecho percebe-se a prevalência de um ideal de mulher que traz a ideia de alguém que está sempre correndo e sofrendo para realizar suas atividades e que conta com pouca ajuda de terceiros. Analisando o contexto sócio-histórico da paciente, sabe-se que ela foi criada apenas pela mãe, que era solteira, e que a própria paciente optou por criar a filha sozinha dispensando a ajuda, inclusive financeira, do pai da menina.

Quando questionada a respeito do que mais valoriza em um mulher, a entrevistada responde que é a independência. Essa valorização está de acordo com sua concepção de ideal de mulher na medida em que, para ela, a mulher é vista como aquela que se sustenta sozinha, não dependendo de ninguém, é dinâmica e tem uma vida profissional ativa. Em diferentes momentos da entrevista a paciente explicita sua insatisfação por não ter se realizado profissionalmente, ela diz: *“(...) profissionalmente eu sou um zero à esquerda (...) eu acho que tudo na minha vida tá fundamentado nesse fracasso, profissional”.*

Imagem corporal

A imagem corporal é percebida pela paciente como imperfeita, faltosa, porém ela busca meios para se sentir melhor com o próprio corpo.

“(...) aceito o meu corpo do jeito que ele é, assim...eu gosto de mim, eu não me admiro, é diferente, mas eu me amo. Me amo muito, gosto muito do meu corpo. Acho que eu tenho um corpo bom, só mudava a barriga, a barriga já tá com aquela barriguinha boa aqui, mas assim, eu gosto de mim como eu sou”. Pelo uso da palavra “aceito” pressupõe-se um conformismo com as imperfeições apontadas pela paciente. Porém, em outro momento, ela relata seu desejo de mudança: “Tô querendo só perder barriga. Isso aí igual eu te falei eu sou compulsiva, eu caminho todo dia desesperada para emagrecer, porque eu gosto de comer então não gosto de abrir mão do que eu gosto”.

A paciente apresenta atualmente uma imagem corporal pouco investida libidinalmente, ela refere se sentir como “hermafrodita”, com a sexualidade “atrofiada”, “embotada”. Diante do olhar do outro ela também tem se sente pouco atraente e comenta que *“(...) eu ando na rua, às vezes até por curiosidade encaro um homem assim e é como se eu fosse invisível, ninguém me enxerga. A sensação que eu tenho é essa: de invisibilidade”.*

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

Os efeitos do câncer da mama na imagem corporal da paciente podem ser percebidos pelo lugar de importância que ela atribuí aos seios ao longo de sua vida: *“Eu mamei até três anos no peito (risos), e eu tentei dá a minha filha o peito. Só dei até... porque eu trabalhava e aí ficou difícil, eu dei até os 6 meses. Mas é uma parte do meu corpo que eu nunca mexeria. Então eu tinha muito orgulho da minha mama, não sei, eu achava linda a minha mama (...) Me senti muito mutilada...”.* Ao longo de todo o discurso, a paciente relata uma relação bastante conflituosa com a mãe e com a filha. O período de amamentação é descrito como uma das poucas lembranças boas entre a participante e essas duas figuras familiares. Além disso, ela ilustra a mama como um motivo de orgulho e sua perda como um evento muito doloroso.

O tratamento do câncer da mama aparece como fator de mudança no corpo da paciente e na maneira como ela se relaciona com ele. *“Meu corpo mudou muito porque fiquei um período de quase um ano sem andar (...) Eu sempre mantive um tipo de peso, sempre fui uma pessoa muito assim vaidosa. Depois eu dei uma esculachada”.*

O impacto do câncer da mama na imagem corporal afetou também a vida sexual de Verônica, que passou a ter dificuldade de se relacionar com seus parceiros: *“Porque eu sempre fui muito atirada, os homens que eu quis, eu tive. Hoje, nem os que eu quero, ou os que eu pretendo querer eu acho que não vou ter. Não me sinto capaz de conquistar hoje”*.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

A cultura do corpo ideal exerce sua influência na imagem corporal da paciente de modo bastante claro e, em alguns momentos, até tirânico. A paciente expõe a necessidade de estar de acordo com o que as outras pessoas exigem dela. Essa exigência aparece, por exemplo, na insistência da filha de que ela esteja sempre bonita *“(...) minha filha fala ‘mãe, faz Botox, vão fazer Botox aqui, vão fazer aqui...’, eu falei ‘não, na minha? Não vou, não.’, e antes eu fazia...”*. Na cobrança das amigas de que ela encontre um parceiro e retome sua vida sexual *“(...) realmente, eu não sei se eu me escondo, se eu me bloqueio, se eu me disfarço atrás de alguma coisa, eu não sei. Eu sei que eu não consigo. Isso... eu acho mais porque os outros cobram também”*. E no incômodo diante de familiares e antigos amigos, que ela até evita encontrar, por não ter alcançado o sucesso profissional almejado *“Por causa do meu lado mal resolvido profissional. Eu fico com vergonha de chegar lá e falarem ‘pô ela saiu pra juiz de Fora, saiu de Lafaiete não deu em nada, a vida dela não deu certo’, entendeu? Isso me incomoda”*.

Os fragmentos apresentados traduzem a forma como Verônica se vê e se sente diante dos outros. A frustração implícita na frase “a vida dela não deu certo” demonstra sua insatisfação por não estar bela, por não gozar e por não ter construído uma carreira sólida como ela acredita que seria esperado dela.

4.2.7- Magnólia

Ideal de mulher

A entrevistada concebe o ideal de mulher traçando uma clara distinção entre o que é próprio do universo masculino e o que é tipicamente feminino. Seu discurso é impregnado dos estereótipos difundidos na cultura, nos quais homens devem gostar de futebol e *“coisas de pedreiro”* enquanto as mulheres devem *“(...) cuidar da casa, dos filhos, do marido, né?”*. Por outro lado, ela aponta uma inversão neste modelos na medida em que manifesta gostar

“(...) de muitas coisas que o homem faz”, como o futebol por exemplo, e declarar que atualmente é seu marido quem se ocupa das atividades do lar “(...) agora... é meu marido que cuida de mim”. Ao longo do discurso pressupõe-se que ela deixou de fazer as tarefas domésticas por necessitar de cuidados e subentende-se que isso se deve ao seu adoecimento.

O ideal de mulher também é apontado como alguém que deve estar com *“vestido decotado”, “saia”, “maquiagem” e “cremes”*. A paciente associa esses itens à demonstrações de feminilidade.

Imagem corporal

A imagem corporal da paciente é afetada por questões ligadas ao envelhecimento. Em diferentes momentos do discurso, ela usa a expressão *“(...) apesar de ter 60 anos...”*, indicando a idade como um fator limitador na relação com o seu corpo. O trecho *“Aí meu marido falou ‘mulher, os anos passam pra todo mundo, não passa só pra você não, ué’”* deixa implícito que o incômodo pelo envelhecimento é compartilhado também em conversas com o marido.

O aumento de peso também tem seus efeitos na imagem corporal visto que a paciente refere que *“(...) queria ser magrinha (...) Aí né... apesar de ficar toda flácida, mas não me importaria não. Eu gostaria...”*, *“É aquilo que te falei, me sinto gordinha, baixinha...gordinha...mas não fico triste com isso não”*. Embora a participante afirme que isso não a entristece, o desejo de emagrecer é constantemente enfatizado ao longo do discurso.

Magnólia expõe ter poucas coisas que gosta no seu corpo, ela diz: *“(...) a única coisa que eu gosto é que eu não tenho varizes nem veias. Eu acho bonito as pernas (...) E gosto também dos meus dentes. São naturais...”*.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

A repercussão do câncer da mama na imagem corporal da entrevistada pode ser percebida pela diferença vivenciada no corpo *“(...) por causa do tamanho do seio, né? Eu acho também que um ficou moreninho e o outro branquinho, né?”*. Contudo o fato de ter sido realizada uma cirurgia conservadora parece ter minimizado esse impacto *“(...) eu não precisei retirar a mama, né? Tá uma menorzinha que a outra mas me sinto igual”*.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

O corpo ideal impacta a imagem corporal da paciente na medida em que ela se situa fora dos padrões que percebe como valorizados pela sociedade. Dois fragmentos ilustram como essa questão surge ao longo do seu discurso.

Em um momento ela comenta: “(...) *eu vinha com umas no ônibus agora conversando, sabe? Era bem idosa. Toda de cabelo bonito, toda maquiada, sabe? Diz o (risos)... Lápis nos olhos... Acho bonito. Eu gosto, mas não pra mim. Eu, quanto menos pra mim melhor... mas pros outros eu acho bonito (risos). Deixar as bochechas vermelhas... (risos) mas eu acho bonito*”. A entrevistada repete achar bonito uma mulher maquiada e reforça isso apenas para os outros, não para ela. Em função de algumas medicações, a entrevistada não pode mais usar certos produtos de beleza e talvez por isso diga que não gosta para ela e apresente risos, aparentemente de nervoso.

Magnólia reconhece que “(...) *ultimamente tem esse negócio de ser magra, né? A pessoa ser magra, né? porque uma pessoa muito gorda, gorda, coitada dela*”. A ditadura da beleza é expressa nesse discurso através da exigência do corpo magro, padrão que a paciente não se vê contemplada. O uso da palavra “coitada” anuncia um sofrimento por parte da pessoa que é gorda por estar fora das normas estéticas e talvez até excluída socialmente.

4.2.8- Hortência

Ideal de mulher

O ideal de mulher é qualificado como “*difícil*” de ser vivenciado pela paciente. Segundo ela, a mulher tem mais possibilidades de adoecer e desenvolver “*problemas*” de saúde. “*A mulher sempre vem com tudo, né?*”, por esta afirmativa subentende-se a ideia de um corpo que é mais frágil, vulnerável às doenças.

Hortência diz que “(...) *apesar de tudo mulher é muito valorizada, tinha que ser muito valorizada...*”. Nesta passagem evidencia-se um ideal de mulher que “apesar de tudo”, ou seja, mesmo sendo suscetível à doenças, “tinha” que ser valorizado, o verbo no passado pressupõe que ela não percebe a ocorrência dessa valorização.

É possível captar o ideal de mãe e dona de casa na fala: “(...) *pensa bem a vida da mulher, mulher é mãe, mulher é domes...cuida de tudo. Cuida da família. É muita coisa, mulher tem muitas utilidade, né? Não tem? Eu acho que tem*”. Nas paráfrases “cuida de tudo

– muita coisa – muitas utilidades” retoma-se a noção da mulher com múltiplas funções e que deve dar conta de tudo.

Nota-se ao longo do discurso da participante o uso recorrente de questões do tipo “*não tem?*”, “*você não acha?*”, “*concorda comigo?*” no final de suas afirmações. Analisando a relação de poder existente em uma situação de pesquisa, conclui-se que a paciente busca validação de que sua opinião está de acordo com o que deve ser dito neste contexto.

Imagem corporal

A paciente apresenta uma imagem corporal com aspectos predominantemente negativos, não consegue nomear nada que goste em si e demonstra dificuldade de investir afetivamente no próprio corpo. Os cuidados com o corpo aparecem relegados às consultas médicas, como ilustra a passagem: “*Eu me acho gorda, eu não sei, eu me acho. Não sei, eu acho que eu precisava cuidar mais, sei lá, cuidar mais de mim. Eu cuido assim, na parte de médico eu não descuido não, sabe? Mas eu sei que em outras coisas eu até descuido sim*”.

Quando indagada sobre a satisfação com sua aparência atual ela comenta: “*É...tem que tá, não tem jeito. Aí a gente... Tá bom assim. Conformar com que Deus fez pra gente”.* As expressões grifadas trazem a mesma ideia de que, embora a paciente não esteja satisfeita com sua aparência, ela se conforma com ela e vê pouca possibilidade de mudança.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

Como a cirurgia da mama foi conservadora, a participante relata os efeitos do tratamento por câncer em outros aspectos da sua imagem corporal. Ela se queixa da falta de desejo sexual, que ela atribui ao uso da medicação, e da dor que ainda sente próximo ao local da cirurgia: “*Dói, repuxa muito, muito*”.

A retirada parcial da mama parece não ter alterado de forma significativa a maneira com que a paciente lida com seu corpo, até porque ela manifesta não ter se preocupado muito com seu corpo mesmo antes do procedimento.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

A influência do corpo ideal sobre a imagem corporal de Hortência é verificada na importância que ela dá à prática de dietas e exercícios físicos. Ela admite que não consegue manter esses hábitos mas, para ela “*(...) a gente tem que ter ali, tem que ter muita força de*

vontade, né? Eu acho”. A expressão destacada é muito usual no discurso comum para se referir ao abandono de comportamentos considerados socialmente nocivos e na necessidade de adesão a atitudes consideradas saudáveis.

4.2.9- Dália

Ideal de mulher

Sobre o ideal de mulher a paciente considera que “(...) é muito difícil (risos). A gente trabalha muito, né? Trabalha, vai fazer, criar família, né? Eu tive muita responsabilidade, assim de filho... problema com filho, problema com marido, né?”.

O termo “difícil” é empregado para caracterizar a situação da mulher diante da sociedade moderna. A paciente percebe uma sobrecarga de funções na medida em que atribui à mulher as responsabilidades da vida profissional e da vida doméstica. A mulher é vista como aquela que deve ser trabalhadora, mãe e esposa.

Os risos, ao falar de algo tão complexo, podem ter o intuito de amenizar os sentimentos que o tema desperta na paciente.

Imagem corporal

A entrevistada apresenta uma imagem corporal onde ela aponta: “Ah minhas pernas tá cheia de varizes” ou “Tudo que eu faço é muito lento... muito devagar”. Nestas passagens observa-se que a paciente tende a ressaltar o que percebe como seus defeitos e enfatizar o que considera como limitações das suas atividades.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O câncer da mama representou um evento marcante na vida da paciente e produziu impactos importantes na sua imagem corporal. Ela revela essas repercussões como sentimentos de perdas “perdi muita coisa” e de mudanças pessoais “eu fiquei muito diferente, né?” ou “a gente não é mais a mesma pessoa”.

Dália indica os seios como um órgão fundamental para ela por estar ligado à maternidade: “Os seios alimenta os filhos... eu não tinha comida pra dar eles, tomavam leite”. Neste caso, a amamentação assume não só a função de criar vínculo afetivo e de nutrir, mas também de meio de sobrevivência.

A paciente comenta: *“Eu sempre fui uma pessoa muito ativa, sempre trabalhei (...) eu antes tinha muita disposição. Hoje eu já não tenho mais...”*. Por esse discurso fica subentendido que a doença ocasionou alterações em sua capacidade de trabalho. Dentro do contexto sócio-histórico sabe-se que a paciente teve que deixar o emprego para poder se tratar e não conseguiu exercer novamente a sua atividade.

A cirurgia afetou também a relação da paciente com o seu corpo e com o olhar do outro. Sobre os seios, a entrevistada diz: *“Eles eram grandão, volumosos, tinha um colo bonito... isso me faz muita falta. Eu não gosto nem de tirar a roupa perto dos outros, sabe? Ficou muito feio. Fiquei parecendo homem”*. A paciente fala da falta do seio e, indiretamente, comenta o que lhe falta enquanto mulher. Dizer que ficou parecendo homem traz implícita a dimensão da perda da própria feminilidade. Tal constatação impulsiona a paciente a evitar novos laços amorosos quando ela revela, por exemplo, não querer rever um ex-namorado por não querer ser vista sem um seio.

A cirurgia reconstrutora surge como uma possibilidade de um corpo novamente completo: *“(...) assim que eu operei eu saí na rua porque eu tive que comprar o sutiã. Aquilo me fazia sentir que eu ia voltar a usar, né?”*.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

Quanto ao corpo ideal, a paciente reconhece, à princípio de forma crítica, uma supervalorização da aparência física em detrimento a outros valores. Quando questionada o que as outras pessoas mais valorizam nas mulheres, a paciente responde: *“(...) eu acho assim, a aparência física, né?... aí depois vem o caráter. Hoje em dia tá assim, e na minha época não, na minha época primeiro era o caráter das pessoas”*.

Em outros momentos observa-se que a imagem corporal da participante é afetada também por esse ideal de corpo na medida em que ela acredita que o cuidado com o corpo é equivalente aos cuidados estéticos e ressalta a importância de *“(...) ter uma boa aparência, né? Tomar banho, fazer uma unha, lixar os pés... vestir roupa limpa, porque eu não sou de usar pintura nem nada não”*. A aparência é retomada no discurso da paciente ora como algo que deve ser valorizado e investido, ora como algo supérfluo e de menor valia.

4.2.10- Érica

Ideal de mulher

O ideal de mulher é apresentado ao longo do discurso da paciente bastante associado à questão da maternidade. Gerar a vida é descrito como uma característica que torna a mulher um ser especial. Érica comenta as mudanças percebidas no seu corpo durante a gravidez e o modo como experimentou esse momento: *“Eu achei maravilhoso ser mulher, me senti assim... dona do mundo”*. A frase grifada traduz o sentimento de poder vivenciado pela paciente por ser capaz de formar um outro ser.

A entrevistada considera a emancipação feminina como uma conquista preciosa, mas que trouxe bônus e ônus.

“A mulher atingiu um nível bacana dentro das comunidades, a mulher hoje em dia dirige caminhão, dirige ônibus, ela conseguiu emprego em indústria, você não via mulher advogada, você não via mulher muito no mercado de trabalho. Então, a mulher tá no mercado de trabalho, ela é empresária, né? Além de dona de casa. Só que além dela ser empresária, ela consegue é...mostrar que ela também pode, que ela tem inteligência tanto quanto o homem, ele exige que ela esteja bonita sempre, tem que ser boa mãe, entendeu? Tem que ser gostosa, tem que gozar, a casa tem que tá limpa, tem que tá funcionando mesmo que tenha uma empregada, sempre tem que ter o olhar da mulher, então isso é muito difícil. É muito difícil ser essa mulher que... impuseram que a gente tem que ser”.

A concepção da mulher com múltiplas atribuições é explorada neste discurso que aborda a conquista do mercado de trabalho paralelo à sobreposição das funções de mãe, dona de casa e amante. A paciente explicita a exigência de que, além de exercer todos esses papéis, a mulher deve estar sempre bonita e bem disposta.

A palavra *“difícil”* presente no final do trecho parece resumir a opinião da entrevistada sobre o ideal de mulher na sociedade contemporânea.

Imagem corporal

Quanto à imagem corporal, a paciente relata: *“(...) eu sempre tive uma coisa com o corpo muito boa, uma agilidade com o corpo, meu organismo sempre funcionou muito bem”*. Analisando seu contexto sócio-histórico, observa-se que o corpo ágil e funcional que a entrevistada traz está ligado às atividades corporais como a dança, que ela pratica desde a adolescência. Porém, nem sempre esse corpo é percebido de modo positivo: *“Eu não me sinto*

bonita mais. Embora muita gente acha, recebo muitos elogios. Eu não me sinto bonita, mas eu vejo...eu não consigo me olhar muito tempo no espelho”. A palavra grifada pressupõe que em outros tempos a paciente se sentia bonita. Subentende-se que a cirurgia por câncer da mama possa ter afetado sua imagem corporal. Diante do olhar do outro, mesmo alegando receber elogios, a paciente também manifesta desconforto com o próprio corpo, chegando a evitar encontros com amigos e abandonando relações amorosas.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

Como indicado no fragmento anterior, o câncer da mama impactou a imagem corporal da paciente que passou a sentir seu corpo “*diferente*”. Tal mudança pode ser verificada em algumas falas como: “(...) depois de 40 anos, você já sem doença nenhuma, seu corpo já muda, mas com...a quimioterapia detona (ênfase) com tudo, entendeu? Ela cura uma coisa, mas te traz outras coisas... no estômago, o emocional, os hormônios, não menstrua, é...o humor, é...a menopausa, vem tudo junto”. A palavra utilizada com ênfase pela paciente expressa a ideia de uma destruição, de uma intervenção sentida como agressiva e devastadora.

A mama é tomada pela paciente como um órgão fundamental para a mulher. Por sua cor negra, ela justifica que “(...) na África as mulheres são muito imponentes, elas... o peito é pra frente, o ombro é em pé, o peito é pra frente, o queixo é ereto, a cabeça é pra frente (...) Então, o peito representa não só o seio que amamenta, que traz a criação do mundo, mas o peito coração”. À imponentia dos seios no corpo feminino é somada às funções de amamentar e guardar as emoções, representada no discurso da paciente pela figura do coração.

Érica ressalta se sentir feminina “*apesar da falta do seio*”. Fica implícito que a retirada da mama poderia causar também esse efeito na imagem corporal da mulher.

A entrevistada manifesta seu desejo de fazer, em breve, a reconstrução mamária e acredita que, após essa cirurgia, se sentirá melhor consigo mesma e poderá “*relaxar*”.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

O impacto do corpo ideal na imagem corporal da paciente aparece claramente em seu discurso onde ela reconhece: “(...) hoje a gente vive a cultura do corpo, do exótico, do corpo perfeito, do corpo magro, é do peito bonito, das pernas lindas, então, eu acho que exigem muito da mulher”. O discurso vigente na sociedade atual é recuperado nestas falas, onde a paciente se situa como uma das pessoas que sofre, no corpo, esse tipo de pressão.

Como na passagem já exposta no início da análise, a mulher tem como obrigação “ser boa profissional”, “ser gostosa”, “gozar”, “manter a casa limpa”. Diante de tantas imposições, a participante aponta que “(...) *muitas mulheres acabam ficando com problema de estresse, muita depressão, as com câncer de mama, o marido não segura a onda*”. Esses fatores mencionados estão presentes na vida de Érica, que vive um momento de estresse, depressão e que preferiu terminar com o namorado por medo de ser abandonada por ele.

4.2.11- Edelwais

Ideal de mulher

Pelo esquecimento número um sabe-se que o sujeito reproduz uma ideia já aventada na cultura em que vive como se fosse originalmente sua. Neste sentido, a paciente concebe o ideal de mulher dentro do conhecido discurso da igualdade entre os sexos. Ela ressalta: “(...) *às vezes seu filho tem preconceito que você não consegue fazer (...) já acha que mulher não pode fazer o serviço do homem. Então eu acho que isso aí é ilusão. Isso aí tem que... tem que acabar, né? porque hoje... o serviço... é geral. É pra todos, né? pra homem e pra mulher. Não tem diferença, né? Graças à Deus*”.

As paráfrases grifadas no trecho trazem as mesmas impressões, visto que ambas expressam a diferença entre os sexos como uma falácia. Dizer que uma mulher não é capaz de fazer determinada atividade é tomado pela paciente como um “preconceito – ilusão”, ou seja, para ela isso não é verdade. Ela enfatiza que “não tem diferença” entre homens e mulheres, porém a ruptura no seu discurso aparece quando ela faz referência ao fato de haver “o serviço do homem”.

Questionada sobre o que ela mais valoriza em uma mulher, a entrevistada responde que é a capacidade de engravidar. A maternidade associada ao feminino é marcante em seu relato.

Imagem corporal

A imagem corporal da paciente pode ser captada no modo como ela percebe seu próprio corpo. Segundo ela: “*Falo ‘meu Deus do céu, que barrigão’. Aí eu lembro do meu tempo de quando eu era novinha que eu era magrinha, mas... ah, mas tá bom, que seja feita a vontade de Deus. A gente nunca vai ficar igual era, né? Então, a gente tem que... né?”*. A

insatisfação com o corpo fica implícita nas afirmativas destacadas na passagem. Pela primeira afirmativa, pressupõe-se que a participante deva aceitar o desejo de Deus mesmo que este não seja coincidente com o dela. Pela segunda, pressupõe-se que ela gostaria de voltar a ter o corpo de antes e pela última que a solução é se conformar com as mudanças.

Ainda sobre sua imagem corporal, a paciente observa que “(...) *tem que ser a gente mesmo e... porque neste mundo nós não somos nada. Ninguém é nada, ninguém é melhor do que ninguém, né?*”. Em outros momentos de seu discurso, Edelwais retoma essa opinião de que todas as pessoas são iguais e que, portanto, ela não deveria se sentir menos importante do que ninguém. Dentro do seu contexto sócio-histórico, é possível compreender melhor essas colocações na medida em que ela relata se sentir desvalorizada em relação a sua cunhada.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O câncer da mama foi sentido pela paciente como uma “*luta grande*” que ela teve que “*aguentar*” já que “*Deus viu que tinha que passar por isso*”. Em muitas passagens a paciente repete a expressão “*graças à Deus*” apontando que a sobrevivência ao câncer foi considerada por ela como uma benção.

O impacto do adoecimento em sua imagem corporal é retratado nas falas: “*A gente sabe que tá faltando um pedaço da gente, né?*”. A dimensão da falta, da incompletude do corpo pode ser aqui verificada.

A paciente revela que os seios eram a parte que mais gostava no seu corpo e que a cirurgia trouxe como consequência seu afastamento do convívio com outras pessoas por motivo de vergonha. Edelwais narra que: “(...) *quando eu vou atender alguma pessoa, aí eu fico com a mão aqui, sabe? (coloca a mão cobrindo o colo) Minhas filhas falam ‘você tem que conformar mãe’, mas não é isso, a gente... põe o sutiã de uma vez que aí a gente já fica, já dá pra... já fica com aquele... que aí ainda mais... sempre assim um pouquinho a gente... já afasta um pouquinho, já fica mais deitada pensando. Mas tem hora, né? Não é todo dia*”. O discurso fragmentado expõe a dificuldade da paciente em traduzir em palavras o seu sentimento diante desta ausência.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

A paciente reconhece a valorização do corpo ideal pela sociedade atual, mas seu discurso transmite uma ambiguidade em relação a este aspecto, conforme ilustra o fragmento a seguir:

“Uma mulher bem arrumadinha, bem coisa, é muito bonito, sabe? Mas... eu pelo menos não gosto de pintura, não gosto de coisa, gosto assim... de coisa mais simples, sabe? Toda vida, desde pequena eu sou assim, sabe? Mas...as pessoas... as pessoas por exemplo que gosta, é vantagem. As mulheres por exemplo, gosta e eu não posso, sabe? Mas que... pra mim usar que eu não gosto”.

A entrevistada afirma gostar e achar bonito uma mulher que mantém uma boa aparência, embora não se identifique com essas caracterizações. É interessante notar o uso do termo “vantagem” para se referir às pessoas que gostam de estar sempre arrumadas. Subentende-se que estar bonita é vantajoso porque é valorizado socialmente.

4.2.12- Acácia

Ideal de mulher

Acácia concebe o ideal de mulher como alguém que deve ser valorizada, mas que não utiliza seu corpo como meio de autopromoção ou como instrumento de atitudes exibicionistas. Ela diz: *“(..) a gente tem que se dar muito valor, né? A nós mesmas... mulheres (...) tudo que a gente for fazer, né? A gente faz. De uma maneira que a gente não vai assim... se aparecer, né? mas ... pela gente mesmo”.*

É clara a distinção que a entrevistada faz quanto a mulher realizar algo para “se aparecer”, que remete a uma busca pelo olhar e admiração do outro, de quando ela faz por si mesma, buscando uma autossatisfação.

Imagem corporal

A imagem corporal da paciente pode ser compreendida no modo como ela fala de seu corpo e no investimento afetivo que demonstra ter nele: *“Ah, eu gosto de me arrumar e achar que eu tô bem”.* O que fica implícito neste discurso é que a entrevistada busca uma satisfação interna com o seu corpo através de um investimento no que é externo. Ela gosta de estar arrumada porque isso a faz acreditar que está tudo bem. Em outros momentos do seu discurso essa postura é corroborada.

A questão da idade aparece no discurso sobre a imagem corporal de modo ambíguo. Ela relata: *“Ah, eu me sinto bem, eu... mas me sinto assim, apesar da idade,né? eu... tô com 51. Então eu me sinto assim, me sinto... uma jovem, né?”.* Ao mesmo tempo em que a idade

pode ser lida como um fator prejudicial para sua imagem corporal, na medida em que ela aponta um “mas” e um “apesar” nas falas grifadas, por outro lado a paciente comenta se sentir jovem.

Impacto do câncer da mama na imagem corporal

Os efeitos do câncer da mama sobre a imagem corporal da paciente foram marcantes. Ela lembra que, durante o tratamento, deixou de fazer algumas coisas que gostava, como se arrumar por exemplo. Para ela, “(...) *a gente passa por uma luta, aí a gente deixa assim, o semblante cair, a gente não quer mais saber de fazer nada, né? Eu não queria mais me cuidar, não queria mais fazer nada, hoje eu tô bem*”. Não querer se cuidar e deixar o “semblante cair” surgem no discurso da entrevistada como implicitamente associados ao fato de que, durante o tratamento, ela não estava bem. Isso pode ser ilustrado na contraposição entre “não queria me cuidar”, com o verbo no passado, e “hoje eu tô bem”, com o verbo no presente.

O câncer foi sentido também pela paciente como uma nova forma se ver. Ela observa que passou a se admirar mais após essa etapa, que foi tão difícil em sua vida, e que ela se julgava incapaz de superar. “*Eu achei que eu não ia lutar, que eu não ia vencer, hoje eu me olho no espelho e me sinto bem*”.

A sobrevivência ao câncer é visto pela paciente como mais importante do que as repercussões dele em seu corpo. Acácia relata: “*Eu troco de roupa... perto assim, de qualquer mulher, eu não tenho vergonha, eu não tenho receio, não tenho dificuldade nenhuma (...) Eu me sinto assim normal. Eu não tenho assim... como que fala... preconceito, né? (...) eu penso assim, se uma coisa tá me prejudicando, que bom que tirou, né?*”. Contudo, as paráfrases “vergonha – receio – dificuldade – preconceito” remetem aos sentimentos normalmente relatados pelas mulheres que passam por este tipo de intervenção cirúrgica o que poderia pressupor que estes sentimentos estejam presentes na paciente, mesmo que na forma velada de uma negativa.

Impacto do corpo ideal na imagem corporal

Percebe-se o impacto do corpo ideal na imagem corporal da paciente a partir de seu discurso quanto à necessidade de parecer bem diante dos outros, mesmo quando essa não for a realidade. Os trechos a seguir demonstram como essa questão é abordada:

“Ah, cuidar do corpo... é a gente... fazer... é ... uma atividade física, né? Eu acho. E a gente... é... se arrumar, né? A gente se achar que a gente sempre tem que tá por cima, né? Deve tentar, né? estar elegante, ficar bonita...” ou “Eu passo as coisas, mas eu não deixo assim, sabe?... me abater. E eu sei que isso não é bom. Às vezes eu tô alegre por fora, mas por dentro, é só tristeza”.

Esse discurso contradiz, em parte, a primeira postura apresentada pela paciente de que a mulher deve se valorizar para ela própria e não para “aparecer”. O cuidado com o corpo é associado à demonstrações de boa aparência, onde deve-se estar sempre bonita, elegante, “por cima” e alegre. Mesmo reconhecendo que isso não é bom para ela, a paciente parece não conseguir sair desse lugar de aparências.

Em um momento, a paciente manifesta seu desejo de fazer a reconstituição da mama, porém o medo de não ter um bom resultado e o fato de ser evangélica são considerados impedimentos, conforme ela explica: *“Porque assim, eu tenho muito medo de fazer e não dar certo. E eu sou assim, eu sou evangélica, então assim... eu me sinto feliz, eu me sinto bem assim”*. Pela expressão “não dar certo” pressupõe-se um medo de ter complicações cirúrgicas ou da mama não ficar da maneira como ela gostaria. A questão religiosa não é aprofundada pela entrevistada, ela apenas a menciona como algo que parece conformá-la ou até inibi-la de se preocupar com a estética.

4.3- Análise das entrevistas inter-sujeitos

Feitas as análises individuais das entrevistas, elencou-se alguns pontos convergentes entre elas. Os resultados da análise inter-sujeitos são apresentados de acordo com cada questão norteadora e interpretados à luz da teoria psicanalítica.

Os itens abordados em cada questão são exibidos também em tabelas a fim de propiciar uma melhor visualização da frequência com que aparecem, bem como o nome fictício das participantes que os citaram.

4.3.1- Ideal de mulher

No intuito de compreender de que modo o corpo ideal veiculado na sociedade contemporânea impacta a imagem corporal das pacientes investigadas, foi explorada a concepção de “ser mulher” presente em suas falas e manifestações.

Quadro 2: Itens referentes ao ideal de mulher

	Ser mãe, dona de casa e esposa	É muito difícil	Ser vaidosa	Sexo forte
Margarida		X		
Rosa	X		X	
Angélica	X	X	X	X
Violeta	X			X
Camélia	X		X	
Verônica		X		
Magnólia	X		X	
Hortência	X	X		
Dália	X	X		
Érica	X	X		X
Edelwais	X			
Acácia			X	

Ser mãe, dona de casa e esposa...

Em relação ao ideal de mulher, observa-se a presença maciça das participantes que associaram essa questão ao exercício da maternidade e das tarefas domésticas. Nove entre as doze entrevistadas relataram que “ser mulher” é equivalente a ser mãe, dona de casa e esposa.

A maternidade é enfatizada em todos os nove relatos como uma das principais funções femininas. Mesmo a única paciente da amostra que não tem filhos apontou um ideal de mulher ligado à noção de “ser boa mãe”. Duas das participantes ressaltaram ainda mais esse aspecto, comentando a capacidade de engravidar e gerar vida como a característica mais importante da mulher. Uma delas diz:

“(...) quando eu era adolescente que eu fui vendo o que que era mulher, que a mulher gera os seres humanos que existem no mundo e quando eu fiquei grávida eu achei

muito interessante a maneira que meu corpo foi mudando, os ossos estalando, a pele mudando, tudo mudando pra gerar o ser” (Érica).

Em 1933, Freud escreve em seu artigo “A feminilidade” que a Psicanálise não busca descrever o que é a mulher e sim compreender como ela se forma. O processo de tornar-se mulher é complexo e exige da menina uma troca não só de zona erógena, mas também de objeto amoroso. Neste percurso, a menina se depara com a primeira castração, a de que ela não possui um sexo visível. Para Freud, uma das possíveis saídas femininas para lidar com a castração, e talvez a mais satisfatória, é a maternidade. A menina deseja ter um filho do pai, como uma compensação para o pênis que a mãe não lhe deu.

Embora esse ideal feminino de completude através do filho seja alvo de críticas atualmente, sobretudo com o advento das pílulas anticoncepcionais que possibilitaram às mulheres uma vida sexual desvinculada dos fins de procriação (Alonso, 2002), observa-se nas entrevistas uma clara ligação entre ser mulher e ser mãe.

Em outras três entrevistas soma-se à maternidade o dever de ser também boa dona de casa. Os trabalhos domésticos são atribuídos à mulher como inerentes a sua constituição. Tal fato pode ser constatado já no incentivo que as meninas recebem na infância de cuidar de bonecas e brincar de casinha, enquanto os meninos são estimulados a brincarem com brinquedos mais voltados para o espaço público, como carrinhos e futebol.

“É por que nós... temos... o dever de ser mãe, dona de casa, ser calma, ser meiga, ser boa, né? (...) Você tá na boa em casa, chega alguém ‘ah, quero almoçar, eu não almocei’...você tem que ter disposição....ir pro fogão, fazer comida... não aqui ninguém fica com fome não” (Violeta).

As questões ligadas à sexualidade feminina são abordadas apenas de forma indireta em quatro entrevistas, que trazem os cuidados com o marido ou parceiro bastante articulados aos cuidados com os filhos e com a casa.

“Ser mulher é... cuidar da casa, dos filhos, do marido, né?”(Magnólia).

O baixo número de pacientes que acenam para a existência da mulher enquanto amante, ou seja, dotada de desejos sexuais, parece apontar os efeitos de uma sociedade

ambígua que ora mantém um caráter repressor em relação à vida sexual feminina, ora exige que a mulher goze a qualquer custo.

Nesta direção, algumas pacientes nomeiam como “*rígida*” e “*com mais pudor*” a educação que receberam, que desencoraja o contato erótico com o próprio corpo e com o corpo do outro. Os efeitos desta criação com valores morais mais severos podem ser sentidos nas queixas veladas das participantes que dizem, por exemplo, “*(...) nunca culpei meus pais por nada*”, relata Rosa se referindo ao fato de ter ficado solteira e sem filhos.

Outras pacientes evidenciam uma sexualidade experimentada atualmente como “*apagada*”, “*atrofiada*” e “*sem vontade nenhuma*”, mas que elas percebem como algo que “*não tá certo*”, que deve ser “*tratado*”, como vem explicitado no fragmento abaixo.

“Eu não tenho tesão. Então eu sou muito cobrada, até pela minha filha, que elas querem que eu namore, que eu tenha um namorado, eu não sinto a mínima vontade de ter sexo, de nada” (Verônica).

É muito difícil!

Em seis entrevistas o ideal de mulher foi considerado pelas pacientes como algo difícil de ser vivenciado.

A palavra “difícil” foi utilizada em quatro das entrevistas que comentam o dia a dia da mulher como atribulado pelas múltiplas funções que exerce.

“Tem que ser gostosa, tem que gozar, a casa tem que tá limpa, tem que tá funcionando mesmo que tenha uma empregada, sempre tem que ter o olhar da mulher, então isso é muito difícil. É muito difícil ser essa mulher que... impuseram que a gente tem que ser” (Érica).

A dificuldade de ser mulher na atualidade é expressa também no uso do termo “padece”, de Margarida, e nas falas de Verônica que expressam o “sufoco” em que ela se vê:

“E ser mulher é ser isso aí, é batalhar, é correr atrás, é lutar, pega daqui, pega dali e vai levando” (Verônica).

Em todas as mesmas seis entrevistas, a mulher é tomada como um ser dinâmico, que se esforça para responder às responsabilidades e expectativas colocadas sobre ela. Assim, as pacientes relatam como um dever assumir os lugares de mãe, dona de casa e esposa, além de se lançarem no mercado de trabalho.

Atender às novas demandas sem abrir mão das antigas funções, eis o engodo da mulher moderna. Algumas pacientes chamam a atenção para os efeitos nocivos que essa sobrecarga pode ocasionar sobre a saúde física e mental da mulher que se vê, cada vez mais, deprimida, estressada e suscetível às doenças, conforme observa a paciente:

“A mulher sempre vem tudo, né? Tem mais possibilidade de...eu acho que tem mais possibilidade de adoecer” (Hortência).

As duras exigências decorrentes do novo lugar ocupado na sociedade, conduziram a mulher contemporânea a se deparar com a impossibilidade de ser o que deseja. A dificuldade de corresponder a esse ideal de “super-mulher” torna a castração ainda mais palpável. Segundo Fernandes (2008), o encontro com essa falta é experimentado como uma “dolorosa sensação de que algo lhe escapou”(p. 218).

Curiosamente, as pacientes percebem “ser mulher” como uma via de mão dupla que traz, simultaneamente, a dimensão da frustração e do prazer, da dor e da delícia. O cotidiano maçante, no qual a mulher “padece”, é visto também como o fruto de uma conquista, onde ela é muito “privilegiada”.

Ser vaidosa...

O ideal de mulher vaidosa, que utiliza o próprio corpo como artifício para atrair o olhar do outro, pode ser observado em cinco entrevistas de maneiras bem diversas. Em duas delas o apelo ao corpo é comentado como algo que desvaloriza a mulher, como enuncia Rosa:

“Hum... hoje em dia as mulheres tão deixando muito a desejar...né? Então... eu acho que hoje em dia, a mulher não tem muito valor não. Porque elas, elas estão assim andando muito pelada e tudo” (Rosa).

Outras três entrevistadas apontam a vaidade como uma das características que constituem a mulher.

“(...) é bom ser mulher, né? É... ser valorizada, ser... né? Ter... vaidade, né?”
(Camélia).

“Ah... eu gosto de me arrumar, eu gosto de... de tudo que uma mulher gosta mesmo (risos)” (Angélica).

Com as transformações históricas e culturais, os ideais femininos, antes restritos à maternidade, se ampliaram e passaram a atribuir valor à imagem, ou seja, à captura do olhar alheio como uma das possíveis formas de estruturação da feminilidade (Silva & Rey, 2011).

Para Freud (1933), a mulher recorre aos adornos e técnicas de embelezamento como uma compensação fálica, uma nova maneira de elaborar a falta através da admiração do outro. Neste sentido, se não é permitido à mulher ter o falo, resta a ela ser admirada por quem supostamente o tem (Zorzan & Chagas, 2011).

Sexo forte!

Contraponto à ideia de sexo frágil, três entrevistadas comentam o ideal de mulher forte. A mulher é vista como aquela que suporta as adversidades de maneira mais firme e corajosa do que o homem.

“Eu acho que a mulher tem mais força pra tudo. Pra trabalhar, pra sentir dor... pra tudo, tudo. Mulher é sempre mais forte!” (Angélica).

“Eu deixei meu namorado porque percebi a fragilidade dele e antes que ele me prejudicasse durante o tratamento, eu terminei o namoro. Foi muito doloroso, mas eu não quis saber dele porque não tinha... é estrutura pra segurar, porque eu sabia que vinha barra pesada. Eu não sabia não, eu tinha noção, uma intuição de que seria muito difícil. Por ler, entrar na internet...ih...isso não vai prestar. E homem é fraco”(Érica).

O poder feminino no mundo contemporâneo se manifesta nas mudanças do seu lugar social, político e econômico. O direito à dissolução do vínculo matrimonial, o controle da procriação, o direito de voto e o acesso ao estudo e mercado de trabalho, são alguns dos fatores que atestam essa nova mentalidade (Fuks, 2002).

A comparação entre o masculino e feminino permeia a Psicanálise desde seus primórdios. A inferioridade feminina proclamada pelo pensamento falocêntrico tem sido relativizada por alguns analistas que interpretam o feminino como um encontro com a falta, um registro que ameaça homens e mulheres (Alonso, 2002). A autora introduz a concepção de um outro grupo de analistas que distinguem o feminino do masculino por uma perspectiva de gênero. O gênero seria definido como “o conjunto de características e funções que uma cultura atribui aos indivíduos em virtude do sexo ao qual pertencem”(p. 24). Neste sentido, sem prescindir da diferença anatômica, o que interessa é como a cultura significa e que estereótipos envolvem os indivíduos de determinado sexo.

O que está instituído no imaginário social do que é ser mulher e como sê-lo é construído dentro das relações de dominação (Alonso, 2002). Assim, as entrevistadas comentam a força da mulher, indicando uma mudança de posição, da fragilidade à fortaleza. Contudo, em uma delas percebe-se ainda a presença do pensamento patriarcal, onde o homem é o provedor. Ela afirma “*sempre fui o homem e a mulher*” fazendo uma clara referência ao fato de que cabe a cada um papéis sociais distintos.

4.3.2- Imagem corporal

Por não ser imediatamente perceptível, uma vez que é recalcada e inconsciente, a imagem corporal das participantes pode ser decifrada através das atitudes e falas que elas dirigem ao próprio corpo, as características que atribuem a ele e como se sentem em relação a si mesmas.

Quadro 3: Itens referentes à imagem corporal

	Gosto de tudo em mim	Eu engordei	Não posso reclamar	Envelhecimento
Margarida	X			X
Rosa	X			X
Angélica	X	X		
Violeta	X	X		X
Camélia	X	X	X	
Verônica	X	X	X	
Magnólia		X	X	X
Hortência		X	X	
Dália				
Érica		X	X	
Edelwais	X	X	X	
Acácia	X			X

Gosto de tudo em mim!

Entre as doze pacientes investigadas, oito manifestam se sentirem bem consigo mesmas e com seus corpos.

“Ah, eu me sinto bem assim mesmo. Eu me sinto bem mesmo. Graças à Deus em tudo! Tanto físico como... tudo, tudo, tudo. Graças à Deus eu me sinto bem (...) Em mim eu gosto de tudo” (Margarida).

“Olha eu... gosto de tudo em mim... me olho no espelho e me vejo bem (ênfase)” (Angélica).

“Eu gosto de mim num todo, não tem nada em mim que eu não goste. Eu gosto de mim...” (Violeta).

Segundo Dolto (2008), na imagem corporal se inscrevem as experiências relacionais narcisantes e/ou desnarcisantes. Dessa forma, o investimento afetivo que recobriu o corpo do sujeito na infância é revivido em diferentes momentos de sua vida e marcam a maneira como este corpo será tomado.

Pode-se compreender a imagem corporal dessas mulheres como investidas libidinalmente na medida em que elas trazem em seus corpos a dimensão do afeto “gosto” e do sentimento de “estar bem”.

Contudo, Freud (1914) alerta que a satisfação nunca é plena. Sabe-se que o narcisismo primário é perdido e há sempre um ponto de falta necessário para que o sujeito do desejo possa advir. Neste sentido, quando as pacientes relatam gostar de “tudo”, elas parecem se referir a uma imagem corporal percebida do ponto de vista de um Eu ideal, onde qualquer ranhura nessa imagem idealizada deve ser rechaçada.

A ambiguidade em relação à imagem corporal é gradativamente revelada pelas participantes através de falas como *“aceito meu corpo”*, ou nas manifestações inconscientes apreendidas através dos chistes como *“eu sou ‘lindia’(risos) eu falo, ainda brinco assim, sabe?”*.

Eu engordei!

A imperfeição na imagem corporal também pode ser capturada a partir das queixas que as mulheres expõem no que diz respeito ao peso. O corpo magro e sem barriga é desejado por oito participantes que se veem acima da medida adequada para elas.

“É... assim... eu senti que eu engordei um pouquinho, fiquei um pouquinho com essa barriga..., né? mas, tô tentando perder barriga, fazendo caminhada..., né?” (Camélia).

“Eu gostaria muito de emagrecer, mas eu não consigo (...) Aí né... apesar de ficar toda flácida, mas não me importaria não. Eu gostaria...” (Magnólia).

“Aí eu falo ‘aí meu Deus do céu’. Fica aquela barrigona. Falo ‘meu Deus do céu, que barrigão’. Aí eu lembro do meu tempo de quando eu era novinha que eu era magrinha, mas... ah, mas tá bom, que seja feita a vontade de Deus. A gente nunca vai ficar igual era, né? Então, a gente tem que... né?” (Edelwais).

Embora nenhuma das pacientes tenha apresentado um peso muito acima ou abaixo do normal, como pôde ser constatado pelas medidas auto-referidas e pelo contato visual com as entrevistadas, a insatisfação com a “barriga” ou “gordura” é constante nos relatos. Tal fato

pode se dar em função do nível de exigência, cada vez mais elevado, para se atingir o padrão estético almejado (Novaes & Vilhena, 2003).

Conforme explicitado no item anterior, a formação de um Eu ideal aumenta as imposições sobre o Eu (Freud, 1914). Novaes e Vilhena (2003) consideram que a “a beleza moderna, longe de prometer uma compensação narcísica à mulher, agudiza sua frustração e sua impotência face à potência da imagem”(p. 27). Perante tais padrões, as pacientes relatam seu desejo ou até mesmo seu empenho para alcançar o corpo que acreditam ser o ideal para elas.

Não posso reclamar...

Para seis mulheres a insatisfação com o corpo deve ser amenizada pela aceitação da realidade de uma situação inevitável.

“Você é assim, você tem que valorizar, né? Não valorizar o que tá no outro, valoriza o que tá em você, né? Você pode achar o cabelo da outra bonito, o corpo da outra bonito, o... né? As mamas bonitas... mas também se valorizar senão você fica muito, né? Muito... pra baixo (...) Então a gente não pode também reclamar muito, né? ficar lastimando muito... eu acho que Deus não gosta (risos)”. (Camélia)

“É...tem que tá, não tem jeito. Aí a gente... Tá bom assim. Conformer com o que Deus fez pra gente”. (Hortência)

Diante da impossibilidade de sustentar um ideal de perfeição inatingível, o sujeito deve superar o narcisismo primário lançando sua atenção para outros objetos e para o mundo (Freud, 1914). As falas das entrevistadas indicam uma imagem corporal que, apesar de não corresponder às suas expectativas, é valorizada dentro de suas limitações. O afeto que antes era dedicado à determinadas partes do corpo, passa a ser investido em outras.

As pacientes parecem perceber nessas trocas de objeto uma via de elaboração da frustração. Parte-se da premissa de que, admitindo a falha e reconhecendo a castração, viabiliza-se uma nova maneira de ser frente a um desejo que não pode mais se satisfazer como acontecia até então (Dolto, 2008).

Deve ser considerado ainda o fato de que estas mulheres, por terem passado pela experiência do câncer da mama, invistam em si mesmas de forma diferenciada. Esse aspecto será mais aprofundado adiante.

Envelhecimento...

Em cinco entrevistas, a idade foi considerada um fator de mudança no modo como as pacientes vivenciam seus corpos.

Três pacientes se referem ao envelhecimento como um limitador para a saúde, para o exercício das atividades cotidianas e para o sentimento de atratividade:

“Nada me... preocupa não, perdi a mama...mas isso não me preocupa, já com a minha idade eu me preocupo...” (Violeta).

“Aí meu marido falou ‘mulher, os anos passam pra todo mundo, não passa só pra você não, ué’. Ele... também tá envelhecendo junto comigo, né? A gente vê uma criança hoje, daí a 5 anos já tá grande, estudando, pronto, né? Então... eu me vejo assim, senhorinha, né? (risos)...60 anos agora, né?’”(Magnólia).

“(...) a gente de uma certa idade já não tem mais esse... esse... sei lá, não fica bem , né? ficar mostrando assim” (Margarida).

A descoberta dos sinais que marcam a passagem do tempo no corpo conduzem a um processo de estranhamento das sensações corporais vividas. Os desgastes físicos experimentados desencadeiam muitas vezes angústias existenciais frente às questões da finitude e podem conduzir também à preocupações estéticas, visto que a sociedade atual privilegia o corpo jovem. No fragmento apresentado, Margarida delimita claramente que ao corpo jovem é permitido se expor, enquanto que o corpo envelhecido deve ser ocultado, já que “*não fica bem*”.

Por outro lado, duas participantes percebem a idade como um amadurecimento no modo de experimentar o corpo e, inclusive, trazem um sentimento de maior satisfação com ele.

“Oh, antigamente eu não era muito assim atraente não, sabe? (...) eu me sinto melhor hoje (ênfase) com os... passar dos anos, hoje eu estou melhor. Porque quando eu era mais nova, eu não era muito assim... eu era muito bobinha, eu tinha medo de tudo, sabe? Hoje em dia, eu não tenho tanto medo como eu tinha antes. Mas é isso aí, eu acho que... tô legal!”(Rosa)

Cabe lembrar que todas as pacientes entrevistadas pertencem à faixa etária que coincide com o período de climatério. Esse momento singular na vida de uma mulher é geralmente caracterizado com enfoques negativos. Todavia, sabe-se que a imagem corporal é peculiar a cada sujeito e dialoga com sua história pessoal (Dolto, 2008). Assim, o modo de viver o corpo nas diversas fases da vida irá variar primordialmente conforme os investimentos afetivos que o sujeito recebeu em sua infância.

4.3.3- Impacto do câncer da mama na imagem corporal

O câncer da mama, como uma patologia cujo tratamento provoca alterações importantes no corpo feminino, repercute na imagem corporal das mulheres entrevistadas, em maior ou menor magnitude.

O impacto da cirurgia mamária na imagem corporal das participantes pode ser percebido através do lugar que elas reservam à mama, da maneira como o adoecimento foi sentido e dos efeitos provocados na paciente em relação ao olhar do outro.

Quadro 4: Itens referentes ao impacto do câncer da mama na imagem corporal

	Mama como símbolo da mulher	Acabou comigo	Diante do olhar do outro	O importante é a vida
Margarida	X			X
Rosa	X			
Angélica		X		
Violeta	X			
Camélia	X	X	X	X
Verônica	X	X	X	
Magnólia				X
Hortência		X		

Dália	X	X	X	
Érica	X	X	X	
Edelwais			X	X
Acácia		X		X

Mama como símbolo da mulher...

Sete entrevistadas citaram a mama como um órgão que simboliza o feminino. Essas pacientes consideraram os seios como a parte do corpo que melhor representa a mulher e justificaram essa escolha enfatizando aspectos ligados à sensualidade, sexualidade, maternidade e feminilidade.

“É... porque... geralmente você passa na rua assim, olha, você ‘Nossa ela tem os seios bonitos, né?’ Que dizer, não é porque tá por fora não, porque... você tá, usa uma blusa mais decotadinha e tudo, aí aparece, né?” (Margarida)

“É uma coisa que realmente chama atenção, né? o homem vê, gosta, né?” (Camélia)

O peito é descrito como algo que se destaca na anatomia feminina por ser “vistoso”, ou seja, por ser uma característica sexual visível na mulher. A mama é valorizada por atrair olhares de admiração, incitar desejos e por tornar o corpo mais “bonito e elegante”.

Além da sensualidade, o seio é também associado à sexualidade por constituir uma fonte de prazer erótico para a mulher.

“É uma área de prazer, é uma área gostosa. Eu sinto... eu sentia prazer na mama. É né...entre marido e mulher”. (Verônica)

Freud (1905) pontua que o seio materno constitui a primeira sensação de prazer do sujeito e servirá de protótipo para a satisfação sexual que ele experimentará ao longo de seu desenvolvimento. Entretanto, Volich (1995) enfatiza que a teoria freudiana privilegia o seio como objeto de prazer da criança sem considerar sua função erótica na dinâmica psíquica da mãe.

Em todas as sete entrevistas a mama é ressaltada como veículo de trocas afetivas entre a mãe e o bebê. A amamentação é indicada como uma das funções mais nobres dos

seios, como o seu lado “*sagrado*”. Essa distinção entre o uso profano ou sagrado dos seios, ou seja, entre o órgão que serve à sedução e ao prazer *versus* o peito materno, pode ser identificado nas falas das mulheres de forma indireta, como na passagem acima em que é feita a ressalva “*entre marido e mulher*” como se o prazer sexual só fosse lícito nesta configuração, ou de forma mais explícita, como no fragmento abaixo:

“Então eu vejo a mama assim ela é ... um órgão... sexual, né? Que, que às vezes é muito usado, tem mulher que usa muito o corpo, né?(...) Mas... eu vejo também um lado, assim um lado é... sagrado, sabe? Você, uma mulher dar leite, né? seu organismo dar leite. Você amamentar o filho que... né? Que... que Deus deixou você gerar”. (Camélia).

Para Dália, a amamentação representou ainda uma forma de sobrevivência para seus filhos.

“Amamentação, né? Alimenta os filhos... eu não tinha comida pra dar eles, tomavam leite”. (Dália)

Sabe-se que sugar o leite tem à princípio apenas a função de saciar a fome, cumprir uma necessidade, porém, gradativamente, o seio materno adquire o status de objeto de prazer e ascende ao registro do desejo (Déjours, 1991).

Érica introduz uma concepção diferenciada na qual a mama guarda tanto um caráter de fortaleza e imponência quanto de afeto e ternura.

“Então, o peito representa não só o seio que amamenta, que traz a criação do mundo, mas o peito coração”. (Érica)

Quatro participantes distinguem os seios como a parte que mais gostavam em seus corpos. A retirada cirúrgica deste órgão tão investido afetivamente e que, segundo uma delas “*compõe a mulher*”, representou para estas pacientes uma perda no sentimento de feminidade.

“Mas é uma parte do meu corpo que eu nunca mexeria. Então eu tinha muito orgulho da minha mama, não sei, eu achava linda a minha mama”. (Verônica)

“Eles eram grandão, volumosos, tinha um colo bonito... isso me faz muita falta. Eu não gosto nem de tirar a roupa perto dos outros, sabe? Ficou muito feio. Fiquei parecendo homem”. (Dália)

A cirurgia mamária é sentida pelas participantes como uma ameaça direta à própria identidade feminina (Volich, 1995).

Face à importância atribuída aos seios como um órgão que remete à sensualidade, sexualidade, maternidade e feminilidade, torna-se possível compreender as repercussões que este adoecimento acarreta na imagem corporal das mulheres que se submeteram à cirurgia por câncer da mama.

Acabou comigo!

O impacto da cirurgia mamária na imagem corporal das mulheres investigadas pode ser apreendido desde o choque frente ao diagnóstico até os efeitos que as cicatrizes pós-cirúrgicas deixaram em sua forma de perceber o próprio corpo.

Para sete participantes do estudo, o câncer da mama representou mudanças importantes no modo de se ver e se relacionar consigo mesmas. Dentre estas pacientes, observa-se que quatro foram mastectomizadas e três fizeram a cirurgia conservadora, o que parece sugerir a presença de uma repercussão na imagem corporal independente do tipo de cirurgia adotada, conforme ilustra o depoimento de uma das mulheres que fez cirurgia conservadora há três anos:

“Me senti muito mutilada...” (Verônica)

O diagnóstico de ter uma doença que ameaça a vida é experimentado como traumático por todas essas pacientes.

“Na época que o Dr.(nome do médico) me deu assim...falou comigo que eu tinha que fazer uma cirurgia, que eu tava com câncer...aquilo eu...nossa, acabou comigo. Então eu fiquei um tempo assim meio baqueada, mas hoje eu me sinto bem”. (Angélica)

As participantes manifestam que nunca imaginaram desenvolver a doença, mesmo aquelas que viveram essa experiência com pessoas próximas como mãe, primas e tias, como relata Dália que teve câncer da mama logo depois de sua mãe ter se tratado do mesmo tipo de neoplasia.

“(...) eu tive muita dificuldade em aceitar o câncer, né? E... várias pessoas tavam passando por esse processo... de muita doença na família, do lado do meu marido e do lado da minha família... e da minha mãe”. (Dália)

O adoecimento é sentido como uma traição do próprio corpo, um golpe narcísico que abala as fantasias de onipotência e invulnerabilidade da qual se revestiu o sujeito (Freud, 1914). As pacientes relatam terem se sentido “*caída*”, “*pra baixo*”, “*sem disposição*” e com muitas “*perdas*” ante a retirada cirúrgica da mama.

O câncer também repercutiu na relação que as mulheres passaram a ter com os cuidados estéticos e com sua imagem refletida no espelho.

“(...) a gente passa por uma luta, aí a gente deixa assim, o semblante cair, a gente não quer mais saber de fazer nada, né? Eu não queria mais me cuidar, não queria mais fazer nada, hoje eu tô bem”. (Acácia)

“Eu sempre mantive um tipo de peso, sempre fui uma pessoa muito assim vaidosa. Depois eu dei uma esculachada”. (Verônica)

“Não gosto de olhar. Eu tenho um espelho grande no banheiro, que é colado, se eu pudesse ter feito uma obra para retirar ele, eu tinha tirado, mas eu abro o espelho pra eu sair do banho, eu não me olho”. (Érica)

Pode-se aventar a hipótese de que o investimento na aparência física tenha sofrido modificações durante o início do tratamento do câncer, onde as pacientes afirmam ter deixado o “*semblante cair*”. Todavia, a preocupação com a estética parece estar presente em todos os momentos e ser especialmente retomada nos processos de recuperação da doença, ou seja, a partir do momento em que a paciente passa a obter melhor, ela volta a investir na aparência física, como pode ser lido na fala “*hoje eu tô bem*”, ou seja, hoje eu voltei a me cuidar, ou

quando Érica aponta na cirurgia reconstrutora uma possibilidade de “*relaxar*”. Novamente observa-se o investimento na aparência física, no que é externo, como uma saída para compensar algo que falta internamente à mulher (Násio, 2009).

Constata-se que, mesmo passado alguns anos do tratamento, a imagem corporal das pacientes continua sendo afetada pelo medo da reincidência.

“(...) você vive assim, em alerta, entendeu? Sempre assim com aquele medo, parece... o câncer ele é uma ameaça pra você. Eu sei, eu fiz quatro anos ontem de.. de... dia 14 que eu tirei essa (aponta o seio operado) quatro anos... quando inteirar cinco já é dado como cura, né? Mas só que... ele parece um fantasma na sua vida. De vez em quando ele vem assim, aquela ideia assim, sabe? Você fica sabendo de uma de outra, de outra, de outra... você tem que cuidar dessa (aponta a mama não operada)... então é uma coisa que te... te... te... te tira você de você mesma assim, sabe? Você não consegue ser você”. (Camélia)

A imagem corporal é experimentada como frágil e suscetível a novos embates. Recordando os três componentes da imagem corporal de Dolto, Násio (2009) reafirma a importância da imagem de base nos casos de desestabilização da imagem corporal. A imagem de base é aquela que proporciona ao sujeito a sensação de existir e poder ser ele mesmo. A fala de Camélia expressa bem uma imagem corporal que, diante de uma situação traumática, precisou regredir temporariamente à sua imagem de base para que o sujeito pudesse se reencontrar.

Diante do olhar do outro...

Cinco entrevistadas mencionam o impacto do câncer da mama em sua imagem corporal diante do olhar do outro. Após a cirurgia, algumas delas passaram a evitar encontros sociais ou amorosos e relatam sentimentos de inferioridade em relação às outras mulheres.

Embora Rosa afirme que a cirurgia não representou grandes mudanças em sua vida, ela reflete como seria constrangedor ficar sem a mama caso ela tivesse alguém para olhá-la.

“(...) não modificou nada na minha vida o fato de eu não ter minha mama, sabe? Eu só acho assim... de vez em quando eu fico pensando ‘ainda bem que eu não tenho marido’, porque eu acho que se eu tivesse marido, se ele me rejeitasse ia ser muito pior, sabe?” (Rosa)

Nesta mesma direção, outras entrevistadas consideram também que a falta do seio afastaria os olhares masculinos e seria um motivo de rejeição por parte dos homens.

“Ah, tem... tem um ex-namorado meu que fica me ligando, eu não vou ver ele de jeito nenhum... (...) eu não quero que ele me veja sem o seio. Não quero”. (Dália)

“Continuo passando na rua, continua os homens todos me olhando como sempre. Até porque não sabe do que tá aqui embaixo, que não tem peito, que tá faltando um peito, é...não sabe”. (Érica)

Os sentimentos de vergonha e o medo de ser rejeitada são descritos nas cinco entrevistas e constituem os principais obstáculos na retomada de relações mais saudáveis. Násio (2009) ressalta que ninguém pode se considerar livre e autônomo, visto que todo ser humano depende do olhar do outro para existir.

O olhar da mãe, primeiro espelho no qual o sujeito se vê, e posteriormente o olhar da sociedade, servirão de parâmetros para que o sujeito se sinta reconhecido ou rejeitado. Contudo, esses efeitos variam conforme a solidez da imagem que têm de si, ou seja, uma imagem corporal mais harmônica é capaz de relativizar melhor o olhar do outro (Násio, 2009).

Em relação às outras mulheres, as pacientes apresentam-se também em uma situação que julgam de menos valia. O sentimento de incompletude e imperfeição é destacado nas entrevistas e atribuído à cirurgia mamária.

“Você não é mais completa, né? Você sente um pouco diferente. É... é... assim... como é... o termo que pode usar... menos, né? Menos mulher, não se compara, né? Falta alguma coisa em você, que você teve e hoje você não tem mais. E elas já tem, né?”. (Camélia)

A sensação de perda da feminilidade, claramente apontada no fragmento acima, traduz o receio de muitas mulheres frente à retirada de um órgão reconhecidamente feminino (Volich, 1995).

O importante é a vida!

Os efeitos do câncer da mama sobre a imagem corporal das pacientes é amenizado pela satisfação que elas sentem de terem sobrevivido a uma doença grave.

Cinco participantes ressaltam que a vida é vista como mais importante e consideram a cura do câncer como uma benção de Deus.

“Ah, sem a mama é muito ruim, né? Nossa, é muito, é muito triste (...) Mas, por outro lado, o que te conforta assim é que você tá viva, né? Você perdeu a mama mas você tá viva, você, você... né? Você ainda tem... né? que agradecer a Deus por você tá viva. Porque muitas, às vezes nem tem a chance, né? de... de ter um... um câncer e sobreviver, né?”
(Camélia)

“(...) se uma coisa tá me prejudicando, que bom que tirou, né?”. (Acácia)

A doença é vista também como uma provação. Algumas pacientes compreendem o câncer como um percurso necessário em suas vidas e que deve ser aceito com resignação para alcançar a cura. Outras trazem a dimensão da enfermidade como uma luta a ser vencida.

“Se Deus viu que eu tinha que passar, porque eu tava com os dois. Se Deus viu que eu tinha que ficar com um só, então deixa assim mesmo, entendeu?” (Edelwais)

“Eu achei que eu não ia lutar, que eu não ia vencer, hoje eu me olho no espelho e me sinto bem”. (Acácia)

Verifica-se entre as pacientes que, embora os avanços científicos e tecnológicos tenham aumentado consideravelmente as chances de cura do câncer da mama, a doença ainda é permeada de estigmas e associada a uma sentença de morte (Sontag, 1984).

Frente a uma patologia que ameaça a vida, muitas pacientes referem um desinvestimento transitório na aparência física, como se esta fosse uma preocupação mais supérflua e, por isso, devesse ser desencorajada. Freud (1914) percebe no adoecimento um retorno parcial ao estado inicial “auto-erótico”, onde o corpo biológico ocupa a função central e as sensações fisiológicas tomam grande parte do psiquismo do sujeito. Há a supremacia da

necessidade em detrimento do desejo e o narcisismo só voltará ao centro do palco quando o organismo conseguir se restabelecer novamente.

4.3.4- Impacto do corpo ideal na imagem corporal

O corpo ideal disseminado na cultura contemporânea impõe padrões estéticos rígidos, inatingíveis para grande parte da população. Aqueles que não correspondem aos moldes preestabelecidos, acabam por se sentir vítimas de discriminação e exclusão social.

As repercussões do corpo ideal sobre a imagem corporal das pacientes podem ser estimadas a partir da importância que elas atribuem à aparência física e da maneira como elas concebem seus corpos na relação consigo mesmas, com o outro e com o adoecimento por câncer da mama.

Quadro 5: Itens referentes ao impacto do corpo ideal na imagem corporal

	Importância da aparência física	Corpo como moeda de troca	Estar conforme os padrões impostos	Desejo X medo de fazer a reconstrução
Margarida				X
Rosa	X	X	X	
Angélica	X	X	X	
Violeta	X	X	X	
Camélia	X	X	X	X
Verônica		X	X	
Magnólia	X		X	
Hortência	X			
Dália	X	X		X
Érica	X		X	X
Edelwais	X	X		
Acácia	X	X	X	X

Importância da aparência física...

Entre as doze pacientes entrevistadas, dez enfatizaram a importância da estética corporal para a sociedade atual. Essas participantes relataram, de modo mais ou menos explícito, que o investimento na aparência física é estimulado, e até exigido, no mundo moderno, como uma forma de poder e valorização social.

Os cuidados com o corpo são prontamente associados aos polimentos estéticos e reconhecidos nos hábitos de fazer dieta, frequentar academia e utilizar cosméticos.

*“Ah, cuidar do corpo você tem que... é uma dieta, é um exercício físico, né?”
(Hortência)*

“Ah, cuidar do corpo... é a gente... fazer... é... uma atividade física, né? Eu acho. E a gente... é... se arrumar, né? A gente se achar que a gente sempre tem que tá por cima, né? Deve tentar, né? ficar bonita...” (Acácia)

“Ter uma boa aparência, né? Tomar banho, fazer uma unha, lixar os pés... vestir roupa limpa, porque eu não sou de usar pintura nem nada não. É isso”. (Dália)

O zelo com o corpo, apontado pelas pacientes, corrobora o discurso atual que considera o corpo saudável como aquele que é magro, jovem e belo (Zorzan & Chagas, 2011). O impacto desses padrões sobre a imagem corporal das mulheres investigadas pode ser percebido nas queixas que elas trazem quanto ao ganho de peso e aos sinais do envelhecimento, já explorados na questão norteadora “imagem corporal”.

No texto “O mal-estar na civilização”, de 1930, Freud indaga-se acerca da valorização da beleza pela cultura, visto que esta não lhe proporcionaria qualquer utilidade mas, ainda assim, não poderia ser dispensada. A função da estética permanece como um enigma até que o fundador da Psicanálise a caracterize como uma estratégia de busca da felicidade. A fruição da beleza, embora não elimine o sofrimento, é capaz de compensá-lo, apaziguando a angústia e produzindo prazer a partir de um “sentimento tenuamente intoxicante”(p. 90).

Conforme explicitado anteriormente, a beleza tem, para a mulher, a dimensão de recobrir uma falta. Ela serve de anteparo frente ao vazio e oferece uma saída possível para lidar com a castração (Freud, 1933). Neste sentido, a estética encontra-se entrelaçada à mulher desde o início de sua constituição psíquica e participa da construção de suas instâncias ideais (Vilhena & Medeiros, 2005).

O corpo feminino passa, então, a ser visto como o espaço privilegiado para concretizar o ideal de completude e perfeição impostos pela cultura. Contudo, atender aos imperativos do Supereu não é tarefa fácil. A despeito de todo investimento realizado, o corpo

é frequentemente tomado como fonte de frustração e sofrimento por não corresponder ao ideal almejado (Fernandes, 2008).

A preocupação constante com dieta, malhação e estar sempre bonita, é ressaltada por essas mulheres que reconhecem suas limitações em aplicar todas essas prescrições em seu cotidiano, seja por não ter “*força de vontade*” suficiente ou por “*falta de dinheiro*”.

Em uma cultura na qual o sujeito vale pelo que ele parece ser, o corpo ideal é concebido pelas pacientes como objeto de consumo que, para ser adquirido, cobra um alto preço que deve ser pago às custas de esforços pessoais e, quando possível, financeiros.

“Eu acho que cuidar do corpo é isso. Você ter uma alimentação boa, né? Assim, dentro do que a gente pode comprar, porque tem coisa que a gente não pode comprar, né?” (Magnólia)

“Ah, eu gosto de... fazer minha unha, de ir no salão, de arrumar cabelo, então assim, é (ênfase) um tipo de dinheiro que eu gasto assim... com prazer! Todo fim de semana eu gasto mesmo! Com prazer!” (Angélica)

As entrevistadas mostram que a aparência física é uma das características mais valorizadas nas mulheres nos dias de hoje. Tal valorização se reflete na imagem corporal que elas apresentam, onde, para algumas, cabe a incessante busca de se encaixar neste ideal, como ilustra a fala de Camélia, enquanto outras, sentem-se excluídas deste modelo e impossibilitadas de sequer tentar atingir esse padrão, conforme se observa no relato de Magnólia.

“É eu gosto assim de... de arrumar meu cabelo... fazer escova, fazer unha, né? Cuido da pele, que eu já tive mancha, né? Tento tirar as manchas...” (Camélia)

“Agora eu vinha com umas no ônibus agora conversando, sabe? Era bem idosa. Toda de cabelo bonito, toda maquiada, sabe? Diz o (risos)... Lápis nos olhos... Acho bonito. Eu gosto, mas não pra mim. Eu, quanto menos pra mim melhor... mas pros outros eu acho bonito (risos) Deixar as bochechas vermelhas... (risos) mas eu acho bonito”. (Magnólia)

Camélia se cerca de cuidados para que não exista nenhuma “mancha” em sua imagem. O corpo ideal é aqui experimentado como algo a ser conquistado.

Já Magnólia se considera tão distante deste ideal, que não se reconhece como capaz de alcançá-lo. O fato de se ver “gordinha”, “baixinha”, “senhorinha” e sem poder se maquiar devido à medicação, conduz à paciente a um sentimento de que qualquer investimento estético lhe é inacessível ou mesmo inapropriado.

Corpo como moeda de troca...

Oito entrevistadas concebem o corpo como objeto de troca nas relações afetivas e sociais. Essas pacientes apresentam uma imagem corporal impactada pelo corpo ideal que prega um investimento na aparência física como artifício necessário para atrair o olhar e o desejo do outro.

“(...) se eu tivesse um marido eu acho que eu iria preocupar mais com o meu corpo, sabe?” (Rosa)

“Se eu tivesse a procura de um namorado, alguém, aí já tinha vaidade, ‘não, eu vou refazer o seio, porque tem que ficar bonita e mostrar elegante’, mas eu... não preciso... eu não quero isso mais.” (Violeta)

Em uma cultura que prima pelo espetáculo, o corpo surge como o palco privilegiado no qual o sujeito poderá exhibir todo o seu brilho e gozar com a admiração que provoca no outro (Birman, 2001).

Nesta perspectiva, as pacientes pontuam a beleza como um fator fundamental nas relações amorosas. Elas relatam que certamente investiriam mais na aparência física caso tivessem alguém para seduzir. Para a mulher, a direção apontada pelo ideal de Eu é ser desejada por aquele que supostamente tem o falo e, para ser causa de desejo, é preciso ser atraente (Zorzan & Chagas, 2011).

“(...) quando eu saio de casa eu já saio preparada pra encontrar... (risos) e pra ir pra qualquer lugar”. (Angélica)

A fala de Angélica expressa como a imagem corporal de algumas pacientes sofre os efeitos de um corpo ideal que determina para a mulher que ela deve estar sempre pronta para seduzir e satisfazer as expectativas estabelecidas para elas.

As entrevistadas indicam a beleza como um caminho para obter uma melhor inserção social.

“Uma mulher bem arrumadinha, bem coisa, é muito bonito, sabe? Mas... eu pelo menos não gosto de pintura, não gosto de coisa, gosto assim... de coisa mais simples, sabe? Toda vida, desde pequena eu sou assim, sabe? Mas...as pessoas... as pessoas por exemplo gosta, é vantagem”. (Edelwais)

Gostar de se maquiar e se arrumar é visto pela paciente como vantajoso porque é valorizado socialmente. A boa aparência é tomada como um pré-requisito para ser aceita e incluída na sociedade atual.

Em algumas entrevistas é possível perceber uma visão crítica das participantes quanto à primazia do investimento no externo em detrimento do interno.

“Às vezes tem pessoas que valorizam muito o corpo, né? Muito vaidosa... às vezes assim, larga alguns preceitos de lado e vê mais assim o lado, né? sexual, o corpo, né? Valoriza mais assim a parte estética, né? E às vezes não o interior ... da mulher”. (Camélia)

“(...) eu acho assim, a aparência física, né?... aí depois vem o caráter. Hoje em dia tá assim, e na minha época não, na minha época primeiro era o caráter das pessoas”. (Dália)

Contudo, observa-se que, mesmo reconhecendo a existência de uma cultura que coloca o corpo em lugar de destaque e relega ao segundo plano características mais subjetivas, essas pacientes não deixam de tentar corresponder as demandas apresentadas por tal discurso.

Estar conforme os padrões impostos...

Evidencia-se em oito entrevistas a preocupação das pacientes em estar de acordo com os ideais veiculados na sociedade contemporânea.

O corpo ideal é claramente abordado por duas dessas pacientes que ressaltam a cultura do corpo perfeito e a ditadura da magreza como marcas dos tempos atuais.

“Porque hoje a gente vive a cultura do corpo, do exótico, do corpo perfeito, do corpo magro, é do peito bonito, das pernas lindas, então eu acho que exigem muito da mulher e a mulher com a emancipação, de de... de que foi massacrada desde o início dos tempos, então a mulher atingiu um nível bacana dentro das comunidades, a mulher hoje em dia dirige caminhão, dirige ônibus, ela conseguiu emprego em indústria, você não via mulher advogada, você não via mulher muito no mercado de trabalho. Então, a mulher tá no mercado de trabalho, ela é empresária, né? Além de dona de casa. Só que além dela ser empresária, ela consegue é... mostrar que ela também pode, que ela tem inteligência tanto quanto o homem, ele exige que ela esteja bonita sempre, tem que ser boa mãe, entendeu? Tem que ser gostosa, tem que gozar, a casa tem que tá limpa, tem que tá funcionando mesmo que tenha uma empregada, sempre tem que ter o olhar da mulher, então isso é muito difícil. É muito difícil ser essa mulher que... impuseram que a gente tem que ser.” (Érica)

“Ah eu, ultimamente tem esse negócio de ser magra, né? A pessoa ser magra, né? porque uma pessoa muito gorda, gorda, coitada dela”. (Magnólia)

Essas mulheres trazem em seus discursos uma imagem corporal marcada não só pelo ideal de beleza, mas também pelo imperativo cultural de sucesso e felicidade. Cabe ao Supereu, instância responsável também pelas interdições, garantir que esses imperativos sejam cumpridos (Cruz, 2002). Nesta perspectiva, o que se exige das mulheres é a apresentação de uma performance perfeita onde, além de belas, elas devem ser bem sucedidas profissionalmente e estar sempre dispostas, inclusive sexualmente.

“Eu fico com vergonha de chegar lá e falarem ‘pô ela saiu pra Juiz de Fora, saiu de Lafaiete não deu em nada, a vida dela não deu certo’ , entendeu? Isso me incomoda. Porque eu não fiquei bem resolvida profissionalmente”. (Verônica)

“Eu não tenho tesão. Então eu sou muito cobrada, até pela minha filha, que elas querem que eu namore, que eu tenha um namorado, eu não sinto a mínima vontade de ter sexo, de nada” (Verônica).

Diante de tamanha sobrecarga, aquelas que não são capazes de corresponder a essas expectativas, sentem-se frustradas e endividadas com o que seria esperado delas. Estar conforme os padrões estabelecidos se impõe como uma obrigação, onde as falhas não são toleradas.

As pacientes indicam, de diferentes maneiras, seus sentimentos de inadequação. Rosa afirma gostar de ser mulher *“apesar de”* não ser mãe, Verônica se envergonha de *“não ser”* boa profissional, Magnólia diz que cuidou da casa *“enquanto pode”* e agora é seu marido quem cuida dela, Camélia se vê sexualmente apagada e acredita que isso *“não está certo”*. Essas e muitas outras pacientes trazem em sua imagem corporal a dimensão da falta, tão familiar ao feminino na Psicanálise, e que a cultura do corpo ideal insiste em reforçar.

Na sociedade narcísica não há espaço para as demonstrações de fraqueza, dúvidas e receios, o sujeito deve mostrar sua melhor imagem, sempre sadio, confiante e feliz (Cruz, 2002).

“(Chorando) Às vezes... eu passo as coisas mas eu não deixo assim, sabe?... me abater. E eu sei que isso não é bom. Às vezes eu tô alegre por fora, mas por dentro, é só tristeza”. (Acácia)

Em uma cultura que valoriza o sujeito pela imagem que ele produz, o que o sujeito dá a ver torna-se mais importante do que a própria realidade. Transformado em máscara para a exibição fascinante e captura do outro, o sujeito perde em interioridade e ganha em exterioridade (Birman, 2001).

Estar de acordo com os padrões estabelecidos revela-se como uma forma de ser aceito socialmente. Caso contrário, o sujeito torna-se um *“coitado”*, causa de *“vergonha”*, para os que o cercam, e alvo de *“humilhação”*.

“(...) tem muitas pessoas gordinhas, de repente é tão novinha tá lá gorda coitada... moça! É uma pena, né?” (Magnólia)

“E assim... se eu tiver que sair e eu não puder me arrumar adequadamente, eu não vou, porque eu fico com medo de envergonhar as pessoas. (...) Se tiver de ir em um lugar assim tem que ser chique (ênfase) e eu não posso ... eu prefiro não ir”. (Rosa)

“(...) eu ainda cuido muito dos meus filhos casados... é uma roupa... ‘ah vou em tal lugar’, ‘ih, mas essa roupa tá assim...’, aí eu vou, e pego, cuido... tem que ir, tem que ir arrumado, não quero que passe humilhação...então é assim...”. (Violeta)

A negligência com a aparência física é interpretada como uma má conduta pessoal e pode resultar numa exclusão do grupo social (Novaes & Vilhena, 2003). A gordura e o uso de roupas inadequadas são consideradas traços de desleixo e falta de autocuidado.

A exigência do corpo ideal se traduz também na eterna busca de algumas pacientes em obter as formas perfeitas que os tratamentos cosméticos prometem proporcionar. Mesmo as mulheres que se dizem satisfeitas com a aparência física desejam um brilho a mais. O corpo magro e jovem é perseguido à todo custo, mesmo que isso implique em intervenções cirúrgicas.

“A única coisa que eu pensei foi fazer um... uma lipo abdominal (...) conversei com algumas pessoas, que acham que não precisa também... mas assim uma coisa que eu gostaria de fazer”, “(...) a ideia foi de que eu queria mesmo ter o abdome... perfeito!”(Angélica)

“minha filha fala ‘mãe, faz Botox, vão fazer Botox aqui, vão fazer aqui...’, eu falei ‘não, na minha? Não vou, não’, e antes eu fazia... antes do câncer eu fiz Botox várias vezes”. (Verônica)

Face à impossibilidade de atingir o corpo ideal proclamado pela cultura, a mulher passa a desenvolver uma relação persecutória com o próprio corpo, onde cada grama é medida e cada ruga é experimentada como uma tragédia (Fernandes, 2008). Aquelas que não conseguem renunciar as exigências de perfeição do Eu ideal, se dispõem a qualquer sacrifício no intuito de responder às demandas que lhes são impostas (Volich, 2008).

Desejo versus medo de fazer a reconstrução...

Cinco pacientes ressaltam a cirurgia mamária como uma ferida narcísica que traz à tona, na imagem corporal, a ampliação do abismo existente entre o Eu ideal e a realidade. Distanciadas do perfil estético culturalmente valorizado, as participantes experimentam em seus corpos a dimensão da incompletude.

A fim de restaurar a imagem perdida, muitas mulheres recorrem à cirurgia reconstrutora da mama como uma aposta de que assim irão voltar a ser como antes.

“Eu acho que enquanto eu não recolocar, não fizer a reposição de mama eu não vou relaxar, entendeu?(...) Ah, tô toda feliz, tô ansiosa... tentando correr atrás de ganhar dinheiro rápido, porque eu vou ter que ficar parada, sem trabalhar, e tô dando um jeito, porque né?... sei que vou ficar parada um tempinho, e tô toda feliz, ansiosa pra refazer”. (Érica)

Contudo, sabe-se que este desejo, comum a todos os seres humanos, de retornar ao estado inicial de completude, é uma falácia que não se sustenta por muito tempo. Resquício das primeiras relações afetivas onde o bebê, colado à imagem de sua mãe, acredita ser onipotente e perfeito, o ideal de completude remonta à cena do narcisismo primário (Freud, 1914).

Outras três pacientes manifestam que o medo é maior que o desejo de fazer a cirurgia reconstrutora. Elas consideram os riscos de rejeição do implante de silicone, de terem que se submeter às outras cirurgias e de acabarem provocando complicações mais graves.

“Ah, sei lá, pode... assim, porque eu tô bem assim, sabe? E pode às vezes dá uma rejeição, você ficar indo no médico e tira daqui, né? Igual esse problema de silicone que deu aí, pessoa que fez e tinha que tirar, então eu falo: ‘Ah, não penso não’”. (Margarida)

“(...) eu tenho muito medo de fazer e não dar certo”. (Acácia)

“Ah, já teve gente que já fez e deu errado, né? Tem... eu tenho medo mesmo, sabe? Eu acho assim, eu tô bem assim então eu vou ficar assim. Eu tenho medo de fazer e complicar, entendeu?” (Camélia)

Dália apresenta em sua fala a dimensão do medo e do desejo conjugadas.

“Dália: Ah... eu tô com medo... de colocar silicone... (...) dá medo porque do jeito que tá, eu tô sentido dor já tem dois anos, o braço inchando... né? E a dificuldade também porque... eu vou operar, quem é que vai cuidar? Quem vai fazer comida?”

Pesquisadora: Mas você gostaria de colocar?

Dália: Eu gostaria.

Pesquisadora: Isso seria importante pra você?

Dália: Ah vai ser. Eu fiquei com trauma porque assim que eu operei eu saí na rua porque eu tive que comprar o sutiã. Aquilo me fazia sentir que eu ia voltar a usar, né?”

Embora uma análise superficial pareça indicar uma distinção entre as pacientes que apresentam uma imagem corporal focada na sobrevivência e outras que enfatizam o prazer, um olhar mais apurado verifica que não se trata da divisão clássica entre necessidade e desejo.

Constata-se nas falas de todas as entrevistadas que o corpo transcende a dimensão biológica da necessidade e adquire o status de corpo erótico, um corpo investido afetivamente (Freud, 1917). Déjourns, retomando essas considerações freudianas, aponta que o órgão, que à princípio servia apenas como satisfação da necessidade, tem sua função gradativamente perturbada e passa a servir também ao desejo (Déjourns, 1991).

Neste sentido, observa-se que, mesmo as pacientes que manifestam não querer reconstituir a mama, assumem essa postura por medo dos riscos que essa decisão implica e não por um desinvestimento afetivo no corpo. Embora apenas Dália tenha conseguido expor claramente esse impasse, o medo e o desejo de reconstituir a mama estão implicitamente presentes nas manifestações de todas as entrevistadas.

4.4- Discussão dos resultados

Com base nos resultados apresentados e no escopo teórico que fundamenta a presente pesquisa, é possível traçar alguns elos entre o que a literatura aponta e os achados do estudo.

As falas das pacientes entrevistadas confirmam o ideal de mulher explorado nos estudos sobre o feminino. Fernandes (2008) utiliza a figura da “mulher-elástico” para ilustrar

a situação da mulher moderna que se esforça para corresponder às expectativas que a cultura impõe a ela. Além de satisfazer aos ideais de mãe zelosa, dona de casa eficiente, esposa amorosa, amante insaciável e profissional competente, a mulher deve estar sempre bela e bem arrumada para que esses papéis sejam mais valorizados (Novaes & Vilhena, 2003).

O acúmulo de funções nas esferas pública e privada é apontado por alguns autores como fonte de sofrimento e frustração (Fernandes, 2008). Impossibilitada de ser tudo o que se exige dela, a mulher contemporânea vive um sentimento de culpa e dívida. Em acordo com esses autores, as pacientes entrevistadas expõem essa sobrecarga, nomeando-a como “difícil” e manifestando um sentimento de fracasso constante.

Contudo, esse cotidiano maçante traz também a dimensão da conquista de um espaço antes dominado apenas pelos homens (Fernandes, 2008). As duas faces desta moeda são reveladas nos discursos das participantes que afirmam uma rotina atribulada mas, simultaneamente, privilegiada.

A cultura do corpo ideal pode também ser identificada no impacto sobre a imagem corporal que as pacientes apresentam. Sabe-se que a imagem corporal se constitui nas relações afetivas que a criança desenvolve com seu cuidador (Dolto, 2008). Esse cuidador que, na maioria das vezes, é a mãe, está submetido a uma cultura que, inevitavelmente, influenciará no modo como ela lida com o seu corpo e, conseqüentemente, na maneira que investe o corpo do bebê. Neste sentido, Russo (2005) aponta que a imagem corporal é elaborada segundo os ditames da cultura em que o sujeito está inserido. Partindo desta premissa, compreende-se a insatisfação que as entrevistadas demonstram ter diante de questões estéticas como o peso corporal e o envelhecimento. Atravessadas por uma cultura que divulga o ideal de beleza associado ao de um corpo magro e jovem, essas mulheres se sentem impelidas a satisfazerem tal perfil.

Por estar em uma faixa etária considerada marcante na vida de uma mulher, a população estudada neste trabalho evidencia os impactos que a idade acarreta sobre a sua imagem corporal. A literatura descreve esse período negativamente, ressaltando as perdas decorrentes do envelhecimento (Santos et al., 2007). Algumas pacientes corroboram essa visão, relatando limitações físicas e redução no sentimento de atratividade. Todavia, outras pacientes percebem, como benefícios da idade, um amadurecimento e maior aceitação do próprio corpo. Um estudo realizado em 2005, por Romanek et al., encontrou resultados semelhantes, onde as mulheres mais velhas relataram maior satisfação global com a

aparência. Tais questões devem ser amplamente exploradas nos estudos de câncer da mama, sobretudo no que diz respeito à escolha do tratamento cirúrgico.

Pesquisas indicam que, apesar das reconhecidas vantagens médicas e psicológicas da cirurgia conservadora, as mulheres mais velhas tendem a optar pela mastectomia por apresentarem maior medo da recidiva e menor preocupação com a estética (Shoma et al., 2009; Figueiredo et al., 2004). Porém, evidencia-se que são poucos os estudos que se dedicam a investigar o impacto do câncer da mama em uma população mais velha e observa-se que não há um consenso quanto a essa temática (Figueiredo et al., 2004).

Embora o presente estudo não tenha produzido dados comparativos com populações mais jovens, constata-se, entre as pacientes investigadas, a presença maciça de uma preocupação com a aparência física. Tal achado relativiza as afirmativas dos autores citados acima que consideram esse item menos importante para mulheres mais velhas.

A literatura sustenta que, para a faixa etária investigada, a aparência física torna-se menos importante do que as preocupações com a sobrevivência (Anagnostopoulos & Myrghianni, 2009). Todavia, o presente estudo verificou que, enquanto dez participantes demonstram valorizar a estética, apenas cinco identificam a sobrevivência como uma prioridade maior. Além disso, observa-se entre essas cinco entrevistadas que, o menor investimento estético é apontado como um estado transitório e que as queixas em relação à aparência são tidas como algo supérfluo e vistas com certo pudor frente a uma patologia que ameaça a vida. Em suma, pode-se sugerir que a aparência física é considerada relevante para as mulheres investigadas porém, algumas delas, têm dificuldades de admitir esse fato por medo de serem castigadas, visto que “*Deus não gosta*”, ou por considerarem esse tipo de preocupação como algo leviano.

Em relação ao tipo de cirurgia adotado, o presente estudo encontrou que as pacientes que realizaram a mastectomia enfatizaram mais a importância da mama para a mulher, como um órgão que remete à maternidade, sensualidade e sexualidade, do que aquelas que fizeram a cirurgia conservadora. A fala de uma delas sugere que essa valorização talvez se deva justamente à perda do órgão. Os sentimentos de perda da feminilidade, descrito nas entrevistas, coadunam com o que outros autores verificaram no campo (McGaughey, 2006; Blanco-Sánchez, 2010b; Silva, 2008).

As pacientes mastectomizadas manifestaram ainda uma alteração maior no modo como se sentiam em relação ao olhar do outro e em relação às outras mulheres, do que as demais pacientes. Outras pesquisas indicaram que cirurgias mais invasivas conduzem a

maiores prejuízos na vida sexual e social das mulheres do que as cirurgias conservadoras (Cantinelli et al., 2006; Sackey et al., 2010; Silva, 2008; Sebastián et al., 2007).

Em acordo com esses resultados, estudos publicados na área evidenciaram maiores efeitos da cirurgia na imagem corporal e no funcionamento sexual das pacientes mastectomizadas do que nas pacientes lumpectomizadas ou tumorectomizadas (Cantinelli et al., 2006; Moreira et al., 2009; Sebastián et al., 2007).

Contudo, um dado interessante derivado da presente pesquisa, foi de que, independente do tipo de cirurgia adotado, a doença foi sentida como igualmente traumática para todas as pacientes. O estigma do câncer como uma patologia que ameaça a vida e que remete à ideia de punição e provação, conforme afirma Sontag (1984), é explicitado por sete entrevistadas, sendo que três delas submetidas à cirurgia conservadora.

O impacto do corpo ideal sobre a imagem corporal das mulheres entrevistadas pode ser apreendido, sob diferentes aspectos, através das falas e manifestações que as pacientes trouxeram, tanto na relação com o seu próprio corpo quanto na relação com o outro.

As participantes demonstraram a importância da aparência física para a mulher, seja no que se refere aos seus vínculos amorosos e sociais, seja no que diz respeito à equiparação com outras mulheres. O corpo é tomado como moeda de troca nas relações afetivas, na medida em que é percebido pelas pacientes como fonte de valorização social e como meio de obter a admiração de quem as cerca.

As entrevistadas apresentam desejos velados de corresponderem aos ideais propostos/impostos a elas. Neste sentido, qualquer esforço é considerado válido, mesmo que represente uma sobrecarga de funções e uma eterna busca de perfeição, impossível de ser atingida.

Mesmo com uma amostra relativamente pequena, os dados encontrados foram reiteradamente reforçados pelas entrevistadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo das repercussões do corpo ideal sobre a imagem corporal das mulheres submetidas à cirurgia mamária por câncer da mama permitiu compreender melhor de que modo as alterações corporais afetam as relações que as pacientes estabelecem consigo mesmas e com o outro, além de identificar como recebem os efeitos da cultura em que estão inseridas.

As pacientes entrevistadas apontaram um ideal de mulher sintônico com a ideia difundida na sociedade atual, que atribui às mulheres o exercício de múltiplos papéis. Impulsionadas a assumirem uma sobrecarga de funções, as entrevistadas desvelaram os desafios e vicissitudes de tentar corresponder a essas expectativas e demonstraram suas frustrações frente à impossibilidade de arcar plenamente com todas essas demandas.

A relação das pacientes com sua imagem corporal apresentou ambigüidades, na medida em que elas reforçaram, em um primeiro momento, um sentimento de satisfação com o próprio corpo e, logo adiante, deixaram entrever um pesar pelas mudanças ocasionadas pelo tempo e ganho de peso.

O presente trabalho possibilitou verificar que o câncer da mama impacta a imagem corporal das mulheres acometidas por essa patologia de maneira incisiva, não apenas pela experiência de estar diante de uma doença grave, mas também pela importância atribuída aos seios como um órgão que remete a feminilidade.

O impacto do corpo ideal sobre a imagem corporal das pacientes pode ser constatado, principalmente, na atenção que elas demonstraram dispensar à aparência física e no valor investido no corpo como veículo de trocas sociais.

Metodologicamente, o trabalho reafirmou a feliz articulação entre a Análise do Discurso e o dispositivo psicanalítico. Tal aliança revelou-se um campo fecundo para a pesquisa qualitativa por abarcar, tanto os aspectos peculiares a cada sujeito quanto os fatores comuns no grupo investigado, possibilitando assim uma visão tridimensional das questões tratadas.

Ressalta-se que a experiência de uma escuta clínica por parte da pesquisadora constituiu um fator fundamental na condução e leitura das entrevistas. Embora o trabalho não proponha uma intervenção clínica, a escuta psicanalítica subsidiou não apenas uma maior compreensão, mas sobretudo, um acolhimento mais ético e comprometido das questões trazidas pelas pacientes.

Na revisão de literatura realizada para compor a base teórica do presente trabalho, observou-se, entre os artigos que discutem a imagem corporal no câncer da mama, uma ampla gama de publicações que exploram o tema da sexualidade feminina após a cirurgia. Nessas pesquisas, os autores enfatizam a vida e a atividade sexual da mulher que desenvolveu a neoplasia mamária e acaba por deixar de lado outros aspectos igualmente importantes da sexualidade dessas pacientes, como a relação que ela passa a estabelecer com seu próprio corpo e como experimenta os impactos do corpo ideal veiculado na sociedade atual. Nesta perspectiva, buscou-se lançar luz sobre esses aspectos menos investigados a fim de fomentar novos focos de discussão e estudos.

Cabe destacar ainda que a sexualidade da qual a Psicanálise se ocupa transcende em muito o ato sexual em si. Trata-se de uma sexualidade ligada às trocas libidinais que ocorrem desde os primeiros momentos de vida entre o bebê e seu cuidador e está presente nas relações que o sujeito estabelece consigo, com o outro e com o mundo. Assim, apresentam-se entremeados, ao longo de todas as entrevistas, os investimentos libidinais e as sutilezas da sexualidade dessas mulheres.

Uma limitação percebida no estudo diz respeito ao fato da amostra ser composta por mulheres com menos de cinco anos de cirurgia. É possível que, passados alguns anos do fim do tratamento para o câncer da mama, os impactos da doença sejam atenuados e as pacientes se sintam mais à vontade para voltar a investir nos cuidados estéticos. Isso pôde ser captado mais claramente após análise das falas de algumas pacientes que declararam ter desejo e medo de fazer a reconstrução da mama operada. Aventa-se a hipótese de que uma angústia em relação à recidiva esteja mais presente nos primeiros cinco anos, quando elas ainda fazem uso de medicação para o câncer, nutrindo uma fantasia de que, se voltarem a atenção para as questões estéticas, vistas por algumas como “supérfluas”, suas defesas poderiam afrouxar sendo, então, pegas de surpresa pela doença novamente. Para avaliar melhor esse ponto, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas que analisem pacientes com tempo cirúrgico superior a cinco anos.

Considera-se que a pesquisa pôde contribuir na elucidação das questões suscitadas, relacionadas ao ideal de mulher na sociedade moderna, à imagem corporal das mulheres que tiveram câncer da mama e, sobretudo, no modo como o corpo ideal impacta a imagem corporal destas pacientes.

Pretende-se que os resultados deste trabalho possam fomentar novas discussões sobre o tema, a fim de propor ações mais eficazes no campo da saúde, por contemplarem um

acompanhamento integral às mulheres que terão que se submeter a esta modalidade de tratamento.

REFERÊNCIAS

- Adachi, K., Ueno, T., Fujioka, T., Fujitomi, Y., & Ueo, H. (2007). Psychosocial factors affecting the therapeutic decision-making and postoperative mood states in Japanese breast cancer patients who underwent various types of surgery: body image and sexuality. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 37 (6), 412-418.
- Alonso, S. L. (2002). *Interrogando o feminino*. Em S. L. Alonso, A. C. Gurfinke & D. M. Breyton (orgs.), *Figuras Clínicas do Feminino no mal-estar contemporâneo*. (pp. 13-29). São Paulo: Escuta.
- Anagnostopoulos, F., & Myrghianni, S. (2009). Body image of greek breast cancer patients treated with mastectomy or breast conserving surgery. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16 (4), 311-321.
- Barros, D. D (2005). Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12 (2), 547-554.
- Birman, J. (2001). *Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação* (3 ed). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Blanco-Sánchez, R. (2010a). Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres com cáncer de mama. *Index de Enfermería*, 19 (1), 24-28.
- Blanco-Sánchez, R. (2010b). Experiences of mastectomised women. A phenomenological study [Article in Spanish]. *Enfermería Clínica*, 20 (6), 327-334.
- Boltanski, L. (1989). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Bourdieu, P. (2002). *A dominação masculina* (2 ed). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Çam, O. & Gümüş, A. B. (2009). Breast cancer screening behavior in turkish women: relationships with health beliefs and self-esteem, body perception and hopelessness. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 10 (1), 49-56.
- Camargo, K. R., Jr. (1992). Algumas considerações sobre a relação doença-sociedade em Psicologia Médica. Em Mello Filho, J. de (Org.). *Psicossomática hoje* (pp. 89-92). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, E., & Rennó, J., Jr. (2006). A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. *Revista Psiquiatria Clínica*, 33 (3), 124-133.
- Chait, S. R., Thompson, J. K., & Jacobsen, P. B. (2009). Relationship of body image to breast and skin self-examination intentions and behaviors. *Body Image*, 6 (1), 60-63.
- Coelho, E. J. N. & Fagundes, T. F. (2007). Imagem corporal de mulheres de diferentes classes econômicas. *Motriz*, 13 (2), Supl. 1, 37-43.
- Cohen, M., Mabjish, A. A. & Zidan, J. (2011). Comparison of Arab breast cancer survivors and healthy controls for spousal relationship, body image, and emotional distress. *Quality of Life Research*, 20 (2), 191-198.
- Collins, K. K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., Eilers, M., & Jeffe, D. B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 126 (1), 167-176.
- Cruz, M. A. S. (2002). *O paradoxo da saída feminina na cultura contemporânea*. Em S. L. Alonso, A. C. Gurfinke & D. M. Breyton (orgs.), *Figuras Clínicas do Feminino no mal-estar contemporâneo*. (pp. 33-43). São Paulo: Escuta.
- Debord, G. (1997). *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto.
- Defrank, J. T., Mehta, C. C., Stein, K. D. & Baker, F. (2007). Body image dissatisfaction in cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34 (3), 36-41.
- Déjours, C. (1991). *Repressão e subversão em psicossomática*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Del Priore, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações so corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Editora SENAC.
- Dolto, F. (2008). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Duarte, T. P., & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 155-163.

- Elmir, R., Jackson, D., Beale, B. & Schmied, V. (2010). Against all odds: australian women's experiences of recovery from breast cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19 (17-18), 2531-2538.
- Falk Dahl, C. A., Reinertsen, K. V., Nesvold, I. L., Fossa, S. D., & Dahl, A. (2010). A study of body image in long-term breast cancer survivors. *Cancer*, 116 (15), 3549-3557.
- Fernandes, M. H. (2008). As mulheres, o corpo e os ideais. Em R. M. Volich, F.C. Ferraz & W. Ranña (orgs.), *Psicossoma VI: corpo, história, pensamento*. (pp. 207-220). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fernandes, M. H. S. (2004). Entre representação e transbordamento: o corpo em Freud. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
- Ferraz, F. C. (2008). A tortuosa trajetória do corpo na psicanálise. Em R. M. Volich, F.C. Ferraz & W. Ranña (orgs.), *Psicossoma VI: corpo, história, pensamento*. (pp. 55-68). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira, M. L. S. M., & Mamede, M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (3), 299-304.
- Ferreira, M.E.C. (2007). Corpo e diversidade. *Revista Mineira de Educação Física (UFV)*, (supl. esp.), 129-143.
- Figueira, S. A. (1975). Relativização da doença orgânica: diferentes representações sociais (Questões para uma Psicologia Preventiva). *Infância e adolescência*, 1 (3), 105-126.
- Figueiredo, M. I., Cullen, j., Hwang, Y. T., Rowland, J. H. & Mandelblatt J. S. (2004). Breast cancer treatment in older women: does getting what you want improve your long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, 22 (19), 4002-9.
- Filgueiras, M. S. T., Lisboa, A. V., Macedo, R. M., Paiva, F. G., Benfica, T. M. S., & Vasques, V. A. (2007). Avaliação psicossomática no câncer de mama: proposta de articulação entre os níveis individual e familiar. *Estudos de Psicologia*, 24 (4), 551-569.
- Fobair, P., Stewart, S. L., Chang, S., Onofrio, C. D., Banks, P.J., & Bloom, J. R. (2006). Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 15 (7), 579-594.

- Freire Costa, J. (2004). *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond. (Obra original publicada em 1944).
- Freud, S. (1974). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 7, 123-250). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1905).
- Freud, S. (1974). Conferências introdutórias à psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 16, 457-479). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1917).
- Freud, S. (1974). O Ego e o Id. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 19, 13-86). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1923).
- Freud, S. (1974). Algumas consequências psíquicas das diferenças anatômicas entre os sexos. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 19, 303-322). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1925).
- Freud, S. (1974). O mal-estar na civilização. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 21, 81-171). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1930).
- Freud, S. (1974). A feminilidade. Em *Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, Trad., Vol. 22, 113-134). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original em alemão publicado em 1933).
- Fuks, L. B. (2002). Diferentes momentos da evolução feminina. Em S. L. Alonso, A. C. Gurfinke & D. M. Breyton (orgs.), *Figuras Clínicas do Feminino no mal-estar contemporâneo*. (pp. 105-114). São Paulo: Escuta.
- Goldenberg, M. (2005). Gênero e corpo na cultura brasileira. *Psicologia Clínica*, 17 (2), 65-80.
- Gomes, G. R., & Caramaschi, S. (2007). Valorização de beleza e inteligência por adolescentes de diferentes classes sociais. *Psicologia em Estudo*, 12 (2), 295-303.
- Guerra, M.R., Gallo, C.V.M., & Mendonça, G.A.S. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Rev Bras Cancerol*, 51(3), 227-234.

- Guerra, M.R., Mendonça, G. A. S., Bustamante-Teixeira, M. T., Cintra, J. R. D., Carvalho, L. M. & Magalhães, L. M. P. V. (2009) Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25 (11), 2455-2466.
- Günther, H. (2006). Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 201-210.
- Haas, P., Costa, A. B., & Souza, A. P. (2009). Epidemiologia do câncer de mama em homens. *Revista Instituto*, 68 (3), 476-481.
- Hannz, L. A. (1996). *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.
- Hopwood, P., Lee, A., Shenton, A., Baidam, A., Brain, A., Lallo, F., Evans, G., & Howell, A. (2000). Clinical follow-up after bilateral risk reducing ('prophylactic') mastectomy: mental health and body image outcomes. *Psycho-oncology*, 9 (6), 462-472.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37 (2), 189-197.
- Hopwood, P., Haviland, J.S., Sumo, G., Mills, J., Bliss, J. M., & Yarnold, J. R. (2010). Comparison of patient-reported breast, arm, and shoulder symptoms and body image after radiotherapy for early breast cancer: 5-year follow-up in the randomised standardisation of breast radiotherapy (START) trials. *The Lancet Oncology*, 11 (3), 231-240.
- Instituto Nacional de Câncer (2003). *Estimativa de incidência de câncer no Brasil para 2006*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 15 dezembro, 2007, de http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336
- Instituto Nacional de Câncer (2009). *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 12 novembro, 2011, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer (2011). *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 04 janeiro, 2012, de www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf
- Instituto Nacional de Câncer (2012). *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro: INCA. Recuperado em 10 fevereiro, 2012, de

http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/

- Klein, A. (2007). Cultura da visibilidade: entre a profundidade das imagens e a superfície dos corpos. Em A. S. L. Davi, D. C. Araújo & F. Bruno (orgs.), *Imagem, visibilidade e cultura midiática*. (pp. 207-293). Porto Alegre: Sulina.
- Lacan, J. (1998). Estagio do espelho como formador da função do eu. Em *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1975). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lasch, C. A. (1983). *A Cultura do narcisismo: a vida americana numa era de esperanças em declínio*. (Série Logoteca). Rio de Janeiro: Imago.
- Lawal, F. A. A., Trivellato, I. O., Shikasho, L., Filgueiras, M. S. T., Silva, N. C. & Almeida, T. R. (2012). Heranças familiares: entre os genes e os afetos. *Revista Saúde e Sociedade*, 21 (2), 458-464.
- Lazzarini, E. R. & Viana, T. C. (2006) O corpo em Psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2), 241-250.
- Lei n. 12.732, de 22 de novembro de 2012 (2012). Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília. 2012. Recuperado em 05 dezembro, 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm
- Loyola, Y. R., & Gonzáles, J. R. (2007). Reconstruyendo un cuerpo: implicaciones psicosociales en la corporalidad femenina del cáncer de mamas. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 18, 118-145.
- Mahapatro, F., & Parkar, S. R. (2005). A comparative study of coping skills and body image: mastectomized vs. lumpectomized patients with breast carcinoma. *Indian Journal of Psychiatry*, 47 (4), 198-204.
- Maia, M. S. (1998). Reprodução, imagem e a era da des(ilusão). Em H. M. Andrade, R. Czermak & R. Amoretti (Org.), *Corpo e Psicanálise*, 12. Congresso do Círculo Brasileiro de Psicanálise, 1998, Porto Alegre. (pp. 199-212). Porto Alegre: UNISINOS.

- Malysse, S. (2007). Em busca dos (H) alteres-ego: olhares franceses nos bastidores da corpolatria carioca. Em M. Goldenberg (Org.), *Nu e vestido dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca*. 2 ed. (pp. 79-137). Rio de Janeiro: Record.
- Marín-Gutzke, M., & Sánchez-Olaso, A. (2010). Reconstructive surgery in young women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 123 (supl. 1), 67-74.
- Marques, A. J. S. et al. (2009). O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. *Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais*.
- Markopoulos, C., Tsaroucha, A. K., Kouskos, E., Mantas, D., Antonopoulou, Z., & Karvelis, S. (2009). Impact of breast cancer surgery on the self-esteem and sexual life of female patients. *The Journal of International Medical Research*, 37 (1), 182-188.
- McGaughey, A. (2006). Body image after bilateral prophylactic mastectomy: an integrative literature review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51(6), 45-49.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Caderno de Saúde Pública*, 9 (3), 239-262.
- Minayo, M.C.S. (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (3 ed). São Paulo: HUCITEC.
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2010). A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), 263-270.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2010). The role of appearance investment in the adjustment of women with breast cancer. *Psycho-oncology*, 19 (9), 959-966.
- Moreira, H., Silva, S., Marques, A., & Canavarro, M. C. (2009). The portuguese version of the body imagem scale (BIS) – psychometric properties in a sample of breast cancer patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 14 (2), 111-118.
- Násio, J.D. (2009). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1989). Questões metodológicas sobre a análise de discurso. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 4 (1/2), 103-108.

- Nicolaci-da-Costa, A. M. (1994). A análise de discurso em questão. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10 (2), 317-331.
- Novaes, J. V., & Vilhena, J. (2003). De cinderela a moura torta: sobre a relação mulher, beleza e feiúra. *Interações*, 8 (15), 9-36.
- Orlandi, E.P. (2010). *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. Campinas: Pontes Editores.
- Pelusi, J. Sexuality and body image research on breast cancer survivors documents altered body image and sexuality. (2006). *The American Journal of Nursing*, 106 (supl. 3), 32-38.
- Pikler, V., & Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22 (6), 632-637.
- Quintard, B. & Lakdja, F. (2008). Assessing the effect of beauty treatments on psychological distress, body image, and coping: a longitudinal study of patients undergoing surgical procedures for breast cancer. *Psycho-oncology*, 17 (10), 1032-1038.
- Rodrigues, A. D., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2011). Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. *Caderno de Saúde Pública*, 27 (2), 241-248.
- Rodrigues, C. C., & Péres-Nebra, A. R. (2007). A mudança na imagem do presidente Lula nas campanhas eleitorais à Presidência da República. *Conexão – Comunicação e Cultura*, 6 (12), 51-70.
- Romanek, K. M., Mccaul, K. D., & Sandgren, A. K. (2005). Age differences in treatment decision making for breast cancer in a sample of healthy women: the effects of body image and risk framing. *Oncology Nursing Forum*, 32 (4), 799-806.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da Psicologia Clínica em Hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 32-41.

- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar
- Russo, R. (2005). Imagem corporal: construção através da cultura do belo. *Revista digital. Movimento e Percepção*, 5 (6), 80-90.
- Sabiston, C. M., Rusticus, S., Brunet, J., McDonough, M. H., Hadd, V., Hubley, A. M., & Crocker, P. R. E. (2010). Invariance test of the multidimensional body self-relations questionnaire: do women with breast cancer interpret this measure differently?. *Quality of Life Research*, 19 (8), 1171-1180.
- Sackey, H., Sandelin, K., Frisell, J., Wickman, M., & Brandberg, Y. (2010). Ductal carcinoma in situ of the breast. Long-term follow-up of health-related quality of life, emotional reactions and body image. *European Journal of Surgical Oncology*, 36 (8), 756-762.
- Schilder, P. (1994). *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., & Mateos, N. (2007). Imagen corporal y autoestima em mujeres com câncer de mama participantes em um programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*, Madrid, 18 (2), 137-161.
- Sertoz, O. O., Doganavsargil, O. & Elbi, H. (2009). Body image and self-esteem in somatizing patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63 (4), 508-515.
- Shoma, A. M., Mohamed, M. H., Nouman, N., Amin, M., Ibrahim, I. M., Tobar, S. S., Goffar, H. E., Aboelez, W. F., Ali, S. E. & William, S. G. (2009). Body image disturbance and surgical decision making in Egyptian post menopausal breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 7, 66-76.
- Silva, H. C & Rey S. (2011). A Beleza e a feminilidade: Um olhar psicanalítico. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (3), 554-567.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 231-237.
- Silva, R. F., Junior, R. V. & Miller, J. (2004). Imagem corporal na perspectiva de Paul Schilder: contribuições para trabalhos corporais nas áreas de educação física, dança e pedagogia. *Revista Digital de Buenos Aires*, 10 (68).

Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal.

Santos, L. M., Eserian, P. V., Rachid, L. P., Cacciatore, A., Bourget, I. M. M., Roja, A. C. & Junior, M. E. M. (2007). Síndrome do climatério e qualidade de vida: uma percepção das mulheres nessa fase da vida. *Revista APS*, 10 (1), 20-26.

Tavares, M. C. C. (2003). *Imagem corporal: Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manole.

Tiezzi, D. G. (2007). Cirurgia conservadora no câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 29 (8), 428-434.

Tfouni, L. V. & Laureano, M. M. (2005). Entre a Análise do Discurso e a Psicanálise, a verdade do Sujeito – Análise de narrativas Oraís. *Investigações: linguística e teoria literária*, 18 (2), 131-147.

Vilhena, J. & Medeiros, S. (2005). A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 5 (1), 109-144.

Volich, R. M. (1995). O eclipse do seio na teoria freudiana: a recusa do feminino. *Percursos*, 14, 55-64.

Volich, R. M. (2008). Morrer de amor: Os ideais e as desorganizações psicossomáticas. Em R. M. Volich, F.C. Ferraz & W. Ranña (orgs.), *Psicossoma VI: corpo, história, pensamento*. (pp. 221- 233). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Zimmermann, T., Scott, J. L. & Heinrichs, N. (2010). Individual and dyadic predictors of body image in women with breast cancer. *Psycho-oncology*, Sussex, England, 19 (10), 1061-1068.

Zizek, S. (2003). *Bem-vindo ao deserto do real!:* cinco ensaios sobre o 11 de setembro e datas relacionadas. São Paulo: Boitempo Editorial.

Zorzan, F. S. & Chagas, A. T. S. (2011). Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu? Uma reflexão sobre o valor do corpo na atualidade e a construção da subjetividade feminina. *Barbarói*, 34, 161- 187.

ANEXO 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados de Identificação:

Nome:	Data de Nascimento:
Escolaridade:	Naturalidade:
Profissão/ trabalho atual:	Religião:
Estado Civil:	Situação conjugal atual:
Composição familiar (com quem mora):	
Filhos:	Idades:
Tipo de cirurgia:	Tempo de cirurgia:
Peso auto-referido:	Altura auto-referida:

1. O que te motivou a participar desta pesquisa?
2. Qual o seu vínculo com o ambulatório do HU?
3. O que significa pra você “ser mulher”?
4. Que características você mais valoriza em uma mulher? Por quê?
5. Que características você acha que as pessoas de uma modo geral mais valorizam em uma mulher? Por quê?
6. Na sua opinião, qual parte do corpo mais representa a mulher? Justifique.
7. O que significa pra você “cuidar do corpo”?
8. O que mais gosta em você? E no seu corpo?
9. O que menos gosta em você? E no seu corpo?
10. Sente-se uma pessoa saudável? Explique.
11. Sente-se feminina? Explique.
12. Você está satisfeita com sua aparência atual? Explique.
13. Sente-se menos atraente fisicamente agora do que em algum tempo atrás? Explique.
14. Tem alguma dificuldade em se ver nua? Explique.
15. Sente-se atraente sexualmente? Explique.
16. Está satisfeita com sua vida sexual?
17. Tem alguma dificuldade em deixar que outras pessoas (parceiro, por exemplo) te vejam nua? Explique.

18. Você já evitou encontrar-se com pessoas ou fazer algo que queria fazer devido à forma como se sentia em relação a sua aparência? Se sim, explique.
19. Como você se sente em relação às outras mulheres?
20. Você já pensou em mudar algo no seu corpo para ficar parecida com outras mulheres? Comente.
21. Fez cirurgia reconstrutora da mama? Se sim, porque? Se não, pensa em fazer? Porque?

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA UFJF – MESTRADO

Pesquisador Responsável: Tatiana Rodrigues de Almeida

Endereço: Rua São Mateus, 832 apto 601/Bloco A

CEP:36.025-001 – Juiz de Fora – MG

Fone: (32) 8801-1897/ (32) 8889-6919

E-mail: tatipsicojf@yahoo.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “Através do espelho: imagem corporal e corpo ideal no câncer da mama”. Neste estudo pretendemos investigar a imagem corporal da mulher submetida à cirurgia mamária por câncer da mama e o possível impacto do corpo ideal veiculado pela cultura contemporânea.

O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de um maior esclarecimento no que diz respeito ao câncer de mama e seus efeitos na forma como a mulher mastectomizada se vê, se sente e se relaciona.

Para este estudo adotaremos o procedimento de entrevista, que será aplicada por uma psicóloga treinada, será gravada (gravação em áudio) e as informações obtidas serão tratadas de forma confidencial, garantindo o sigilo e a privacidade. Os resultados serão destinados somente para fins da análise de pesquisa, sem revelar dados que identifiquem o participante. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Centro de Atenção à Saúde (CAS/HU- UFJF) e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada dos objetivos do estudo “Através do espelho: a imagem corporal e o corpo ideal no câncer da mama”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 201 .

Nome Assinatura participante Data

Nome Assinatura pesquisador Data

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br