

O que se perde junto com o seio?

O artigo analisa o discurso de mulheres que foram mastectomizadas durante um atendimento em grupo, mostrando os medos e as esperanças que permeavam as conversas, bem como as estratégias de enfrentamento e negociação que elas desenvolveram para lidar com o câncer.

Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama

Fabio Scorsolini-Comin

Manoel Antônio dos Santos

Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

Laura Vilela e Souza

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Bebedouro

Resumo

O presente artigo investiga as experiências de mulheres mastectomizadas tais como estas se apresentam em seus discursos sobre a vivência do câncer de mama, bem como suas estratégias de negociação dos desafios da doença. Foram analisadas 11 sessões de um grupo de apoio ocorridas em um serviço de atendimento público. A partir da análise temática das sessões, com o auxílio dos princípios do dialogismo e da polifonia, a partir do referencial histórico-cultural, pôde ser percebida a oposição entre o saber científico (“sentença” médica) e o saber popular (possibilidade de cura), bem como a questão do estigma social associado ao câncer e ao gênero feminino. O grupo constituiu-se como um espaço para que esses diferentes saberes se atualizassem e fossem transmitidos, refletindo uma construção coletiva das ideias em torno do câncer, o que permitiu ressignificar os modos de enfrentamento e as diversas vivências relacionadas à doença.

Palavras-chave: câncer da mama; polifonia; dialogismo; processos grupais

Abstract

Mastectomized women's experiences and discourses: negotiations and challenges of breast cancer. This article investigates the mastectomized women's experiences and discourses about breast cancer, and also their strategies of negotiation about the disease's challenges. 11 sessions of a support group for these women, carried out in a public service, were analyzed. The sessions were analyzed using thematic analysis and the dialogism and polyphony notions, within an historical and cultural approach that showed the opposition between the scientific knowledge (medical verdict) and the popular knowledge (possibility of cure), also the social stigma of the disease and the feminine gender. The group offered the setting for different knowledge to be updated and conveyed, reflecting a joint construction of the ideas about cancer and giving new meanings to facing and living with the disease.

Keywords: breast cancer; poliphony; dialogism; group processes

Segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2007) o câncer de mama foi o terceiro tipo de câncer mais incidente no Brasil no ano de 2008, com 49400 novos casos. Gomes, Skaba e Vieira (2002) afirmam que as neoplasias femininas se apresentam como a terceira causa de morte entre as mulheres brasileiras. As taxas de incidência aumentam anualmente como reflexo da tendência global à predominância de estilos de vida que fomentam a exposição a fatores de risco (Peres & Santos, 2007).

Ainda que a evolução extraordinária no tratamento tenha trazido grandes benefícios às pessoas acometidas por essa patologia (Conde, Pinto-Neto Júnior, & Aldrighi, 2006; Gonzalez-Angulo, Morales-Vasquez & Hortobagyi, 2007; Jatoi, 2002; Jones, 2008), a vivência do câncer de mama continua sendo

uma experiência estressante e de intenso sofrimento psicológico (Bergamasco & Ângelo, 2001; Helman, 1994; Peres & Santos, 2007; Rossi & Santos, 2003; Silva & Mamede, 1998).

Segundo Sontag (1984) e Schulze (1993), o estigma social produzido em torno da pessoa com câncer acaba circunscrevendo uma série de relações no nível social, haja vista a existência de um exuberante imaginário social associado tanto ao processo de adoecimento em geral, quanto do adoecimento por câncer. No caso específico do câncer de mama, é possível perceber que, no plano das representações coletivas, a mama costuma ser associada a atos prazerosos, não combinando, portanto, com a ideia de ser objeto de uma intervenção médica dolorosa e mutiladora. Do ponto de vista da mulher acometida, a possibilidade de desenvolver uma doença na mama pode

comprometer o processo de construção feminina do seu “ser-no-mundo” (Mamede, 1991; Clapis, 1996; Silva & Mamede, 1998; Bergamasco & Ângelo, 2001). No entanto, segundo Gomes, Skaba e Vieira (2002), com o avanço do diagnóstico precoce do câncer de mama, possível graças à tecnologia avançada de imagem, houve a possibilidade do diagnóstico do tumor em estádios iniciais, sem ter se propagado pelo corpo. Quando isso ocorre, o câncer de mama deixa de ser uma doença sistêmica e passa a ser uma doença localizada.

Peres e Santos (2007) analisaram as reações emocionais ao câncer de mama em um grupo de 15 pacientes de camadas populares vinculadas a uma entidade assistencial de apoio a mulheres mastectomizadas. Constataram que o estoicismo foi a resposta emocional mais frequente entre as pacientes. A literatura aponta que tal reação pode contribuir para a redução temporária do estresse decorrente do tratamento oncológico, porém conduz gradativamente a uma situação de invalidismo, que tende a dificultar o ajustamento psicossocial à doença e ao tratamento. O estoicismo é definido como uma resposta caracterizada pela resignação: a paciente encara o câncer de mama como uma fatalidade diante da qual a única atitude possível seria a aceitação passiva. Outras respostas emocionais, como negação e aflição, também apareceram no processo de ajustamento das mulheres investigadas (Peres & Santos, 2007).

O câncer de mama é uma das doenças que tem feito mais diferença em nossa compreensão do processo de adoecer, da relação profissional de saúde-paciente e do contexto social da doença (Vieira, Moraes & Shimo, 2007). Assim, Rawlinson e Lundeen (2006) compilaram uma série de estudos que têm em comum a análise discursiva do câncer de mama, destacando a importância das narrativas das pacientes na compreensão da doença, valorizando-as como elementos fundamentais para a determinação de prioridades de pesquisa e estratégias de tratamento.

Uma análise discursiva do câncer de mama permite discutir a possibilidade da inclusão de aspectos simbólicos e discursivos na abordagem da doença, contribuindo assim para um olhar reflexivo a respeito do tratamento oncológico e das políticas de saúde voltadas às mulheres com neoplasias mamárias. A inclusão dessa perspectiva pode contribuir para a elaboração de modalidades de intervenção mais sensíveis às necessidades das mastectomizadas e, portanto, com maior potencial de beneficiar essa clientela, proporcionando-lhe maior qualidade de vida.

O presente estudo tem por objetivo investigar as experiências de mulheres mastectomizadas que frequentam um grupo de apoio, a partir do modo como estas se presentificam em seus discursos sobre a vivência do câncer de mama e as estratégias de negociação dos desafios colocados pelo enfrentamento da doença e seu tratamento.

Trajectoria metodológica

Trata-se de um estudo exploratório, conduzido segundo um enfoque de pesquisa qualitativa apoiada no referencial teórico histórico-cultural, a partir dos trabalhos de Bakhtin (1997, 2002), especialmente das noções de dialogismo e polifonia. O enfoque qualitativo de pesquisa se propõe a investigar em profundidade

um determinado fenômeno, na perspectiva de quem o vivencia (Martins & Bicudo, 1989), trabalhando com o universo de significados, valores e atitudes expressos nas marcas discursivas contidas no relato com o qual o indivíduo busca se apropriar de suas experiências (Minayo, 1994).

A abordagem teórica: Bakhtin, dialogismo e polifonia

A concepção dialógica contém a ideia da relatividade da autoria individual e, por conseguinte, o destaque do caráter coletivo e social da produção de discursos. Para Bakhtin (2002), o ser humano deve ser apreendido como um ser que se constitui *na e pela* interação, ou seja, sempre em meio à complexa e intrincada rede de relações sociais de que participa constantemente. Bakhtin (1997, 2002) emprega a palavra polifonia para descrever o fenômeno de que o discurso resulta de uma trama de diferentes “vozes”, sem que haja a dominação de uma sobre as outras. Uma das características básicas do dialogismo bakhtiniano é conceber a unidade do mundo como polifônica. Segundo a teoria polifônica de Bakhtin, a palavra é a revelação de um espaço no qual os valores de uma dada sociedade se explicitam e se confrontam, sendo que a palavra se transforma e possibilita diferentes significados segundo o contexto em que surge (Brait, 2003).

Gertz (2006) mostra que há um “duelo” de discursos sobre o câncer de mama. Essa exuberância polifônica evidencia múltiplas possibilidades de compreensão que decorrem dos modos distintos de dar voz aos falantes. Tal multiplicidade e construção coletiva dos discursos podem ser corporificadas nas falas das pacientes. O grupo de apoio pode ser espaço privilegiado não apenas para deflagração dessa multiplicidade, como também para construção e reconstrução dessas práticas discursivas, a partir da experiência de cada membro, destacando-se a importância das narrativas das pacientes na compreensão da doença (Rawlinson & Lundeen, 2006).

Caracterização do serviço no qual a pesquisa foi desenvolvida

O REMA é um serviço de reabilitação psicossocial de mulheres mastectomizadas criado em 1989 e sediado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Para o desenvolvimento das atividades assistenciais o núcleo conta com uma equipe multiprofissional composta por enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e terapeutas ocupacionais, pós-graduandos e graduandos de diferentes cursos da área de saúde (Santos, Moscheta, Peres, & Rocha, 2005). O objetivo central do REMA é prestar assistência integral, multidisciplinar e gratuita a mulheres com câncer mamário e seus familiares. Essas mulheres têm sido assistidas de forma contínua. Nos últimos anos o número de atendimentos realizados atingiu uma média de 29,5 atendimentos por dia (Santos, Moscheta, Peres, & Rocha, 2005).

Participantes

Participaram do estudo 67 mulheres mastectomizadas atendidas pelo REMA. Todas as participantes foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e autorizaram as gravações em áudio das sessões do grupo de apoio. A anuência foi formalizada

por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo-se a preservação do anonimato.

As participantes tinham idades entre 35 e 76 anos, eram em sua maioria casadas, com filhos, de camadas socioeconômicas desprivilegiadas e provenientes da região de Ribeirão Preto, município do interior do Estado de São Paulo. Em termos do perfil clínico, parte da clientela assistida havia sido recém-submetida à mastectomia (menos de quatro meses), ao passo que outra parte finalizara o tratamento médico havia vários anos (cerca de oito a 10 anos de cirurgia) e frequentava o serviço com o intuito de prevenir a ocorrência de complicações tardias.

Caracterizando o grupo de apoio

Entre as modalidades de atuação colocadas em prática pela equipe do REMA, destaca-se o grupo de apoio, que tem o objetivo de favorecer, a partir da interação e da troca de informações e experiências entre as participantes, a aquisição de *insights* capazes de contribuir para o desenvolvimento de recursos adaptativos latentes e para a adoção de estratégias de enfrentamento mais eficazes frente à doença e seu tratamento (Santos, Moscheta, Peres & Rocha, 2005).

O grupo de apoio tem sido considerado uma forte ferramenta na obtenção da melhora física e emocional (Dukes, Holland, & Holahan, 2003). Na atual estrutura do serviço, o grupo de apoio acontece três vezes por semana, com uma hora de duração. É aberto e atende, em média, 20 participantes por sessão. O grupo não funciona com agenda fixa, ou seja, os assuntos discutidos são pautados a cada reunião. O referencial teórico-metodológico utilizado é educativo, com ênfase em intervenções de apoio que visam contribuir para o acolhimento, esclarecimento de dúvidas relacionadas à enfermidade e tratamento, bem como o suporte emocional e enfrentamento coletivo.

Coleta e análise de dados

As sessões do grupo de apoio realizadas entre agosto de 2005 e julho de 2006 foram audiogravadas em fitas K-7, mediante consentimento das participantes. Para o presente trabalho, foram selecionadas, por sorteio, 11 sessões do grupo, que foram transcritas na íntegra e literalmente. O material resultante das 11 horas registradas em áudio constituiu o *corpus* da pesquisa. Esse material foi analisado seguindo o esquema de eixos temáticos (Minayo, 1994), a partir da leitura exaustiva e do destaque das unidades de significado que emergiram das transcrições das falas das sessões de grupo.

O projeto de pesquisa obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (processo nº 422/2003). As audiografações ocorreram após as participantes terem sido suficientemente esclarecidas acerca da natureza e dos objetivos do estudo, bem como de seus direitos como voluntárias da pesquisa.

Resultados e discussão

Os resultados serão apresentados a partir de três blocos temáticos. O primeiro versa sobre os diferentes dizeres e saberes produzidos acerca do câncer e o modo como são transmitidos socialmente. O segundo trata da questão do preconceito e do

estigma social que atinge a mulher com câncer de mama. Por fim, será empreendida uma breve discussão em torno das vicissitudes da identidade feminina da mastectomizada e sua repercussão no espaço do grupo de apoio, visto aqui como representante e microcosmo do coletivo macrosocial.

Trocando receitas: os múltiplos saberes acerca do câncer

Nas sessões de grupo com mastectomizadas analisadas no presente estudo as transações e negociações entre as participantes em relação aos diversos saberes tecidos em torno do câncer ocuparam um espaço de destaque. Esses saberes foram reproduzidos de múltiplas maneiras nas falas das participantes e ecoam uma busca pela cura ou por um tratamento eficiente. Essas vozes enunciam um processo árduo, oneroso, contínuo e persistente, que essas mulheres atravessaram nos diferentes estágios do convívio com a doença. Durante esse percurso as mulheres revelaram que recorreram a uma série de crenças populares transmitidas pela tradição oral, que foram continuamente evocadas e atualizadas na arena grupal.

Não apenas as crenças populares foram comunicadas, mas também o saber científico veiculado pela mídia, como matérias publicadas em jornais e revistas, ou mesmo saberes transmitidos pelos médicos durante as consultas. Temas como mastectomia, quimioterapia, radioterapia, alterações físicas e psicológicas resultantes, metástase, recidiva e reconstrução mamária, despertaram vivo interesse nas participantes ao longo das sessões. Nos espaços interacionais as pacientes puderam reproduzir experiências, compartilhar “receitas” para enfrentar os estressores relacionados ao tratamento e, assim, poder lograr os ajustamentos necessários à nova condição de vida – por exemplo: como minimizar os efeitos colaterais do tratamento; como lidar com sintomas como náuseas, alopecia, fadiga crônica; como fortalecer-se física e mentalmente para lidar com as vicissitudes do diagnóstico; como e onde buscar informações qualificadas que permitam compreender as experiências pelas quais estão passando; como se relacionar proficuamente com os profissionais de saúde, e assim por diante.

As interações estabelecidas entre a equipe e as participantes, bem como entre estas, foram marcadas pela tônica da cooperação e da potencialização de recursos e saberes visando à ajuda mútua. Nesse sentido, o grupo tornou-se espaço privilegiado de troca e ampliação desses saberes, que adquiriam um forte caráter instrumental ao serem mobilizados para a busca de resolução de problemas enfrentados no cotidiano das mulheres acometidas pelo câncer de mama. Nos excertos abaixo, algumas falas ressaltam o caráter co-construído do suporte psicossocial:

Vitória¹ (coordenadora): Então, a pipoca [é uma boa dica], pra quem tá fazendo quimio... **Melissa**: Passa o enjôo, aquela náusea. Então, a pessoa foi num congresso, e a médica disse... que a pipoca era bom, e eu fiquei de experimentar. Então eu tô aqui passando pra vocês, eu experimentei, pra mim foi ótimo, melhora bastante... **Vitória**: Olha, uma dica da... **Mércia**: Você fez ela no óleo ou é de micro-ondas? **Melissa**: Não, eu fiz ela normal, só que eu fiz pouca, né? (...) Então dá certo sim, tá?

O segmento selecionado mostra uma paciente revelando ao grupo que o consumo de pipoca pode contribuir para diminuir o enjoo causado pelas sessões de quimioterapia. O espaço grupal é utilizado para a revelação desse conhecimento produzido no cotidiano, a partir de um suposto aporte científico, funcionando como oportunidade de irradiação e disseminação desse conhecimento leigo que promoveu bem-estar em uma das participantes. O saber médico aparece como legitimador dessa experiência, quando essa participante afirma que foi uma médica recém-chegada de um congresso científico que lhe comunicara a “receita da pipoca”. A validade, ou mesmo a veracidade da fonte de informação, não são os aspectos mais relevantes nesse contexto, mas servem para elucidar o modo como os múltiplos saberes relacionados aos comportamentos de busca de saúde são reproduzidos e legitimados nos intercâmbios sociais.

Em outro trecho selecionado, uma paciente comunica ao grupo que havia tido conhecimento de uma técnica alternativa, o Reiki, que a auxiliava a suportar os efeitos adversos do tratamento, como se segue:

Carlota [discorrendo sobre a administração da quimioterapia]: É, é só ruim pra pegar a veia, né? Porque as veia tão escondida, seca, sei lá que jeito. Então toda vez é complicado. Eu aplico Reiki, eu fico aplicando pra ver se na hora vai mais fácil, né? E tem dado certo, viu? **Estéfanie**: Como que chama? **Carlota**: Ah, eu aplico Reiki. Não é remédio. **Jane**: Explica o quê que é. Como se toma? **Carlota**: O Reiki não é remédio. O Reiki é energia, é transmissão de energia pelas mãos. Pro equilíbrio do corpo. Eu fiz um curso, né? (...) Então nessas ocasiões aí, eu me autoaplico, e dá... e olha que dá resultado.

O Reiki é apresentado por uma das participantes como uma alternativa que a auxilia no tratamento. A paciente explica a técnica ao grupo, despertando a curiosidade de diversas participantes, que se sentem instigadas a conhecer os procedimentos. Pensando na questão da cura e da busca por uma melhor qualidade de vida no período em que têm de conviver com os rigores do tratamento, as falas revelam a necessidade dessas pacientes buscarem restabelecer sua condição de saúde. Há uma valorização de práticas que conduzem ao reencontro de uma condição de bem-estar geral. As mulheres mastectomizadas consideram que é importante estar bem de saúde e, para minimizarem os agravos, buscam tanto os recursos da medicina tradicional como caminhos alternativos, incluindo a medicina popular, as práticas e rituais sustentados por crenças religiosas ou esotéricas e as dicas oferecidas por outras pessoas que estão passando – ou que já vivenciaram – uma situação semelhante. O contexto grupal é um potente facilitador desses processos de *contágio social*.

Algumas pacientes manifestam propensão a seguir toda sorte de “receitas” caseiras, como o conhecido suco de beterraba com couve batido no liquidificador para fortalecer o sistema imunológico debilitado pela medicação quimioterápica. A coordenadora do grupo interfere apenas no sentido de clarificar as ideias que estão em trânsito, circulando na arena grupal, não assumindo nem rejeitando *a priori* tais “receitas” populares. Desse modo, no espaço do grupo abre-se um campo para que tais saberes possam não apenas ser transmitidos, mas também

ressignificados, uma vez que as ditas “receitas” são adaptadas para o contexto de vida vivenciado pelas pacientes, que é o do câncer de mama. Desse modo, o Reiki, por exemplo, é visto como uma alternativa para auxiliar a suportar os reveses do tratamento do câncer de uma das pacientes, ou seja, deixa de ser uma técnica utilizada comumente em outros contextos para ser empregada por essas mulheres na experiência de luta pela vida.

No que concerne ao saber médico, uma paciente comenta:

Luana: Comigo também foi desse jeito. Eu... tirei, cortou aqui, só tirei o nódulo, né? Agora em fevereiro eu vim agora com o doutor X. Aí, o doutor X me examinou e falou que eu não tinha nada. Agora quando foi dia 22 de março eu vim, a médica me examinou e falou que eu tava com um nódulo do lado aqui, que eu tinha que operar de novo... (...) **Luana**: Saí de lá meio-dia. Aí, o doutor X olhou, falei pra ele: “Ó doutor, eu vim aqui dia 22, a médica me examinou e falou que... tem um nódulo aí que vai ter que operar de novo”. “Imagina que vai ter que operar, eu conheço a senhora, eu examinei a senhora dia 13 de fevereiro e a senhora não tem nada”. Aí, eu falei: “Mas a gente fica com isso na cabeça, já não tem peito e aí vai tirar o resto?”. Aí eu falei pra ele que eu tinha marcado a ultra-som dia 18 de maio. Aí ele falou: “Não, nós vamos fazer essa ultra-som agora!”. Aí ele pegou e fez, chamou a médica, fez ultra-som, ela ficou olhando, ele falou que não tem nada! Eu falei: “Graças a Deus!”, aliviei minha cabeça, a gente fica cabreira, né?... (risos)

Aqui se registram duas falas de uma paciente acerca do seu contato com o médico que a acompanhava. O medo da recidiva afeta a maioria das participantes do grupo, pois há uma ameaça velada de que todo o sofrimento advindo do câncer possa voltar e impactar suas vidas novamente. No trecho acima, a paciente se tranquiliza apenas depois de uma fala e de uma conduta incisiva do médico, durante uma consulta, que disse que ela não “tem mais nada”, o que, na percepção dessa participante, significava ter recebido a garantia de que estaria curada. Nesse sentido, o discurso médico é tido como uma sentença inquestionável, tanto que a alivia. No primeiro trecho, há a contraposição de dois diagnósticos médicos: um que afirma que a paciente tem um nódulo mamário e outro, que revela o contrário. No excerto seguinte, a paciente descobre que não tinha o nódulo e se tranquiliza. O médico, por conhecer a paciente a partir de um outro acesso, diferente daquele obtido pelo psicólogo por exemplo, acaba sendo reconhecido como o portador da *verdade* expressa pelo diagnóstico. É, em certa medida, o agente revelador da verdade do sujeito. Esse “poder” oracular conferido ao discurso do profissional é cultuado socialmente, a partir da tradição e do *status* e prestígio social que são conferidos à profissão médica. Ao médico é conferido o poder de comunicar a cura, de ser o emissário tanto da “boa” como da “má” notícia. Por isso, sua figura é investida de elevadas expectativas na cultura ocidental. Obviamente, esse valor conferido à fala do médico é algo construído socialmente e fortemente reforçado em nosso meio cultural. Esses determinantes psicossociais acabam destacando o saber médico – enquanto legítimo detentor do saber científico – como sinônimo de verdade, de conhecimento inquestionável (Spink, 2003).

O adoecer traz o saber médico para o centro do palco; acaba ocupando o primeiro plano das preocupações dos pacientes, o que se reflete em muitas das falas das participantes no grupo, que ora comentam sobre o diagnóstico, ora compartilham algum aspecto do tratamento que as incomoda, ora recorrem às informações médicas para tentarem compreender algum procedimento adotado por outra paciente. Observa-se que o discurso médico é depositário de muita credibilidade, tanto que muitas vezes é capaz de “abafar” os saberes ditos populares, que oferecem explicações alternativas. Isso não impede que as pacientes muitas vezes recorram a outras formas de tratamento, não referendadas pela racionalidade técnico-científica, tais como as explicitadas anteriormente, como estratégias para auxiliar no tratamento e no processo de busca da cura. Dito de outro modo, as mulheres não endossam uma única via de acesso à pretendida cura, mas a buscam recorrendo a práticas não-validadas pelo saber científico convencional, representado pelo discurso biomédico. Pelas falas pode-se apreender um valor intrínseco depositado nessas práticas não-ortodoxas, que elas incluem em seu repertório de enfrentamento do câncer. Essa pode ser uma maneira encontrada pelas pacientes para negociar sua autonomia em relação à autoridade do médico.

Analisando as falas das pacientes pelo princípio polifônico, podemos perceber que em determinados momentos os discursos *oficiais*, derivados do modelo biomédico hegemônico, ocupam maior destaque nas narrativas produzidas. Em outras situações, as falas que refletem os saberes populares ganham maior relevância. Nesse jogo dialógico, os diferentes saberes acabam interagindo e o grupo oferece um espaço para o confronto dessas tradições, materializando o embate entre as diferentes crenças e valores que modulam a transmissão do conhecimento. Dessa tensão permanente nascem possibilidades de transformação do saber estabelecido.

O espaço democrático da fala é promotor desse diálogo. Mas os processos dialógicos não ocorrem apenas naquelas falas que são registradas no acontecer do grupo. O princípio dialógico revela que esses discursos são difundidos a partir de cada pessoa que participa do contexto interacional. Desse modo, os diferentes saberes continuam o diálogo travado no grupo de apoio e se modificam no contato com tantos outros discursos anteriores a eles e derivados deles, nas interações que vão ressoar essas falas no circuito social mais amplo.

Escamoteando o câncer: a convivência com o preconceito

O diagnóstico de câncer de mama impacta de diferentes modos a vida das mulheres atendidas pelo REMA. A vivência da notícia e a comunicação do diagnóstico aos familiares, assim como para a rede pessoal da paciente, não apenas ocorrem de modos distintos como são, muitas vezes, objeto de medo e de vergonha, o que faz com que a mulher tente escamotear a doença do ambiente social, escondendo o diagnóstico ou protelando a revelação pública de sua condição. Este é um tema recorrente em diversos grupos com as pacientes atendidas pelo serviço, uma vez que o compartilhar com quem vivencia situações de vida semelhantes permite que cada uma expresse as suas experiências relacionadas ao câncer desde o período da descoberta da

doença até as diferentes fases de seu tratamento. Uma questão central para que se compreenda o que motiva esse fenômeno da ocultação é a dificuldade de elaboração e aceitação emocional da doença (Peres & Santos, 2007).

Segundo Tong (2006), as pessoas possuem diferentes prioridades e valores; essas diferenças produzem modos distintos de *estar doente*, assim como diferentes estratégias para negociar os desafios trazidos pela enfermidade. Ter câncer de mama é uma condição que muda radicalmente o cotidiano das pacientes. A doença opera uma série de mudanças em suas vidas, promovendo alterações no ritmo e na rotina doméstica, no mundo do trabalho e nas vivências afetivas: familiar, conjugal e social (Bergamasco & Ângelo, 2001; Rossi & Santos, 2003). Embora *estar com câncer* seja um acontecimento cada vez mais exposto e reconhecido publicamente, dada a influência dos meios de comunicação de massa na vida contemporânea e também aos avanços do conhecimento na área do diagnóstico e tratamento, que têm permitido desmistificar a doença, há muitos aspectos do adoecer que ainda não recebem a devida atenção. Uma dessas questões é o preconceito e o estigma social em torno do câncer, que afeta de forma dramática as pessoas acometidas, em especial a mulher mastectomizada (Pinho, Campos, Fernandes & Lobo, 2007). O desconhecimento em relação ao processo de adoecimento e as possibilidades de tratamento e recuperação colaboram para que as pacientes sejam identificadas por imagens associadas à mutilação, à perda do desejo sexual, à invasão da intimidade, à queda dos cabelos e às alterações da feminilidade e, finalmente, à morte. Essas imagens produzidas e socialmente veiculadas, a partir dos discursos que permeiam os interstícios das relações sociais, são vocalizadas pelas mulheres atendidas no serviço:

Néia: Então, eu também não escondo não. Até esses tempos eu mudei de casa, né? Faz um ano que eu moro, então os vizinhos meus falam assim: “Ô, Néia, quero te perguntar uma coisa... por que você vai, você sai de quarta e segunda?” Aí eu peguei e expliquei, né? [que vinha ao REMA] Ela pegou e falou assim: “Mas você teve câncer e não morreu?” (risos) Aí elas começaram a chorar, falei: “Ué, por que vocês tão chorando?” Ela falou assim: “Néia, mas você teve câncer, você tá viva?” Eu falei: “Ué!” (risos) Então elas me tratam assim agora: “Ai Néia, você não pode fazer isso, você...” Então eu não conformo, aí eu peguei e falei assim: “Eu tô viva!” Eu falei: “O importante é eu tá viva.” E elas fala: “Ah, mas eu não conformo, você teve câncer, e você não morreu!”

As imagens que identificam o câncer à morte ainda são muito presentes em nosso contexto. Apesar de conhecido há séculos, o câncer só recentemente obteve um avanço significativo em seu tratamento. Visto em uma perspectiva histórica, o diagnóstico do câncer era tido como uma sentença irrevogável de morte até bem pouco tempo atrás. Assim, é compreensível que ainda seja encarado dessa maneira por algumas pessoas. Essa herança na forma de encarar a doença ainda é recorrente em nossa sociedade e habita o imaginário de muitas pessoas (Moraes, Zanini, Turchiello, Riboldi, & Medeiros, 2006). A visão do câncer como sinônimo de morte acaba sendo ressignificada no

encontro dos diferentes discursos enunciados no grupo de apoio. A identificação do câncer com a morte é tão fortemente marcada em nossa sociedade que provoca forte reação na vizinha de Néia, que não esconde seu espanto e até se mostra inconformada quando esta lhe revela que teve câncer e sobreviveu à experiência da doença.

Pode-se olhar esse jogo de sentidos a partir do meio social. Pelo princípio dialógico, os discursos são produzidos socialmente e são reproduzidos por essa via, não pertencendo a quem fala ou a quem ouve, mas sim ao *meio* que o produz (Brait, 2003). Desse modo, o discurso que identifica o câncer com a morte não foi produzido pela vizinha ou por seus familiares ou por seus conhecidos, mas sim concebido no meio social, no decurso das diferentes interações. Essas interações é que são responsáveis pela difusão de tais pensamentos e representações da doença, que traduzem certos valores, crenças e prioridades que são alocadas às adversidades que fazem parte das contingências humanas, dentro de uma determinada cultura e ao longo das épocas. No sentido inverso, o discurso que identifica o câncer com possibilidade de vida, de criação de novas normas de adaptação às novas demandas e de superação dos desafios que acompanham a experiência do adoecimento também é difundido socialmente e corporificado no espaço da *inter-animação dialógica* (Spink & Medrado, 2000) que se atualiza no grupo de apoio às mulheres mastectomizadas.

O grupo apresenta um histórico comum, que é a vivência do câncer e da retirada da mama – ou de parte dela – em decorrência do acometimento. As participantes estabelecem um vínculo de identificação umas com as outras pela perspectiva de superação da doença e encontram no grupo a possibilidade de discutirem, de forma franca e aberta, questões relacionadas ao câncer e à (sobre) vida após a doença, que dificilmente podem ser compartilhadas nos outros espaços de convívio. Assim, as ideias produzidas no âmbito do grupo, que nutrem o sentimento de confiança nas possibilidades de tratamento e de erradicação da doença maligna, também ressoam intensamente no espaço social. O grupo representa o microcosmo no qual se dão as interações e as falas das protagonistas do processo de negociação de novos significados para a experiência humana, demasiado humana, do adoecimento.

Na história da constituição dos discursos, essas mesmas imagens, que colocam à prova a identificação do câncer com a morte, rompem as barreiras físicas do grupo e se difundem por meio das famílias, dos profissionais de saúde envolvidos e da sociedade em geral. Nesse sentido, pode-se pensar no grupo como um contexto que possibilita a reconstrução contínua de saberes em torno do câncer, e, conseqüentemente, um espaço de geração de possibilidades de ressignificação dos discursos relacionados ao seu suceder, de tal maneira que novas histórias possam ser inscritas no horizonte de possibilidades. Histórias de inclusão e solidariedade, nas quais a alegria e a beleza efêmera do instante estejam preservadas, de modo a proporcionar um sentido de contenção das aflições humanas diante da finitude. Essa capacidade de conter a experiência dolorosa, quando ampliada, pode promover um reordenamento da subjetividade a partir do poder transformador do sofrimento, quando este pode ser ressignificado.

“Mulher é desdobrável. Eu sou”²: quando o santuário da vida é invadido

A feminilidade é um assunto que merece destaque quando se aborda o câncer, notadamente as neoplasias de mama e de colo de útero (Werebe, 1984). Especificamente no caso do câncer de mama, muitos aspectos ligados ao feminino são atualizados nas falas das pacientes, que colocam em xeque seu amor próprio, o desejo, a vaidade e os cuidados com o corpo quando abordam a perda da mama ou de parte dela, a queda do cabelo e as alterações da libido, entre outros temas (Arantes & Mamede, 2003).

Embora tais temas sejam bastante delicados e difíceis de serem abordados, uma vez que invadem as fronteiras do “ser mulher”, o grupo acaba se constituindo como um espaço em que essas questões podem ser pautadas, porém no tempo próprio a cada participante. Mais do que isso, esses temas podem vir à tona e ser discutidos frontalmente e de modo salutar. Em muitas falas as pacientes comentam sobre os olhares que as pessoas lançam sobre elas. Narram, com muita dor, que percebem que tais olhares com frequência são de repúdio, curiosidade, às vezes de estranhamento e mesmo de desconhecimento. Como se tratam de mulheres mastectomizadas, todas passaram pela cirurgia e perderam parte ou mesmo toda a mama. Algumas delas fizeram reconstrução mamária, porém essa não é regra. A maioria das que se submeteram à cirurgia radical utiliza próteses externas, algumas chegam a evitar a mirada no espelho e não se apresentam despidas na relação de intimidade com o companheiro. O olhar que vem de fora geralmente destaca nelas o que as diferencia das demais mulheres. Veem-se fadadas a viverem com um corpo dilacerado, nutrindo uma profunda insatisfação em relação à imagem que tinham de si mesmas até a descoberta da doença. Isso alimenta uma autoimagem rebaixada, que mina suas forças restauradoras e fragiliza os alicerces da própria identidade, deixando-as impotentes para fazer frente ao estigma social do qual são vítimas.

Muitas vivenciam como uma sequência de infortúnios a cirurgia da mama, a radioterapia e a quimioterapia. A maioria se sente invadida em suas dimensões mais íntimas, o que nos remete à identificação feminina, uma vez que, perdendo o cabelo e a mama, que são símbolos corpóreos do feminino e da beleza, elas necessitarão reconstruir não apenas seus próprios corpos, mas o sentimento de “ser mulher”. O que é ser mulher com câncer de mama, uma mulher mastectomizada, que faz quimioterapia? Quem é esta nova mulher que faz radioterapia e como ela se sente com seu novo corpo? Algumas falas das participantes elucidam aspectos importantes a respeito do impacto emocional dessas experiências que confrontam o cerne corpóreo da identidade e repercutem no “sentir-se mulher”:

Vavá: Eu, quando eu comecei a fazer hidroginástica, aqui, por causa do braço, e tem uma menininha lá, acho que é auxiliar de enfermagem, e eu coloco o maiô, lógico que fica esquisito, né? É feio, e eu coloquei o maiô, e a menininha ficou... de repente, quando eu, eu tenho a prótese, é difícil a pessoa perceber, igual, acha que tá normal. E ela tava perto de mim assim, e ficou me olhando, né? E eu fiz de boba, né? Aí passou um pedaço, eu falei: “Ela deve ter ficado curiosa, ou sei lá. Ficou chateada de me ver daquele jeito.” Aí cheguei e falei: “Você olha, eu com

uma mama só sou mais forte do que você!” (risos)

Néia: É importante pra nós mulheres, é muito importante, tanto é que... cê olha no espelho assim, se você não tiver seio... seja você com dez, quer dizer, com dez não, com vinte, com trinta, com quarenta, com oitenta anos, porque a mulher de oitenta ela lá no íntimo dela, como mulher mesmo, ela se sente como mulher. Eu acho que ser mulher não tem idade, cê pode ser com vinte, cê pode ser com oitenta. Depois que eu fiz a cirurgia... não, não... depois veio aquela história de perder a mama, depois eu comecei a pensar: “Não importa se é caída, mas é minha! É minha!”. Se perguntam: “Cê vai tirar?” Não! É melhor caída do que tirar, não deixa tirar...

No primeiro excerto, a participante comenta a respeito de uma jovem profissional – que ela chama, de modo depreciativo, de “menininha” – que a olhara na aula de hidroginástica, atentando para o fato de que ela não possuía uma das mamas. No segundo trecho, outra paciente comenta a respeito da vaidade feminina e da importância da mama na constituição da identidade feminina, ecoando em sua fala a simbólica da feminilidade e da maternidade que recobre o seio. Nesses casos, o olhar externo tem uma importância decisiva na definição da própria identidade. Pode-se remeter novamente às considerações acerca dos discursos produzidos socialmente em torno da imagem da mulher e o investimento erótico que é feito na glândula mamária.

É hora de retomarmos novamente os princípios do dialogismo e da polifonia, uma vez que tais discursos não apenas habitam nosso imaginário como também são corporificados em nossas falas, em nossos gestos cotidianos (Bakhtin, 2002). O olhar de estranhamento, por exemplo, é uma corporificação desse discurso, uma vez que o corpo mutilado acaba sendo a expressão de uma mulher destituída daquele atributo, a mama, que socialmente a identifica como pertencente ao gênero feminino. Além disso, a mama também concentra outras potencialidades virtuais que possibilitam à mulher habitar seu corpo e manter uma relação vitalizadora com a vida. Assim, o seio, que sempre fora intensamente identificado como expressão de vida, com a doença acaba se convertendo em veículo potencial de morte.

Concebe-se socialmente uma determinada imagem de mulher e quando essa imagem idealizada não corresponde àquela que se vê no dia-a-dia, o olhar de estranhamento torna-se evidente. O recurso da polifonia pode ser invocado mais uma vez aqui, pois todos esses olhares que incidem sobre a mulher mastectomizada acabam tendo o mesmo poder deformante, estigmatizando-a e fixando-a em uma posição inferiorizada, como um *ser diferente* das demais, já que lhe faltaria algo para que ela pudesse ser mulher. *Mulher incompleta, mulher imperfeita, mulher pela metade*, são expressões que podem ser ouvidas comumente durante as reuniões do grupo. Não ter a mama acaba tangenciando a questão da auto-imagem e da vaidade pessoal, como no segundo trecho selecionado: é preferível ter uma mama flácida do que retirá-la, já que a ablação equivaleria a perder não apenas parte substancial do corpo, mas também da essência do “ser mulher”.

Nesse sentido, outra questão emergente é a necessidade de aceitação de sua nova condição e os sentimentos de exclusão que

isso gera, o que é clarificado pelo terceiro trecho selecionado. Busca-se que a sociedade as aceite como elas são, com suas sequelas físicas e emocionais decorrentes da doença, com a “nova imagem” que adquirem do “ser mulher”. As imagens evocadas geralmente associam a mulher com câncer a uma espécie de emissária da morte, na medida em que presentifica o profundo incômodo humano diante da finitude. Nessa vertente, a mulher com câncer de mama às vezes é vista, de acordo com os depoimentos, como *desenganada, anormal, feia, deformada, mutilada, Frankenstein*. E reage, muitas vezes, sentindo-se como alguém que está à margem, destituída de recursos para seguir adiante e levar uma vida “normal”. Por outro lado, o que o discurso dessas mulheres mostra de forma marcada é a capacidade de adaptação que elas desenvolvem, o potencial de reconstrução que demonstram diante das imensas modificações que a doença lhes impõe. A mastectomizada busca vencer, entre outros desafios, o da aceitação de sua nova condição de mulher, com seu novo estilo de tocar a vida, de significar o mundo, de ter desejos e se revelar ao outro em sua sexualidade e nos enlaces vitais com a vida redimensionada que tem que administrar. São precisamente essas novas imagens de si que são produzidas na variedade sortida de vozes do grupo de apoio.

O espaço grupal possibilita que essas diversas imagens de mulher possam ser recompostas e elucidadas por meio da palavra. É um encontro de diferentes expressões e vivências emocionais, de histórias de exclusão e inclusão, das marcas indelévels dos estigmas, das inscrições concretas do sofrimento que irrompe na carne, da perda melancólica da vaidade, da necessidade inadiável de ressignificação do papel de mulher e da imagem social que lhe é atribuída. Essa conjunção de subjetividades em transformação acaba propiciando a construção de uma diversidade de discursos sobre o “ser mulher”. A feminilidade, obviamente, adquire novas nuanças. Unidas, essas mulheres podem se fortalecer mutuamente, pois aprendem a partilhar recursos e a forjar novas possibilidades. Assim, reconstruem as imagens de mulher veiculadas em nosso meio social, delineando o que é *ser-uma-mulher-mastectomizada*, com suas singularidades, estratégias de ajustamento, adaptações, desejos e projetos reconstruídos.

A promoção de discursos alternativos é possível graças ao espaço aberto para a reconfiguração da identidade dessas mulheres. Como tais discursos transitam no espaço linguístico, aqui encarado como sinônimo de circuito social, encontramos na iminência da possibilidade de promover mudanças na forma de se conceber a própria mulher, inclusive aquela que não se inscreve no campo da doença. Evidentemente, ainda há muito a se fazer até que se possa mudar a percepção social da mulher com câncer de mama, afastando imagens que as identifica com aspectos mórbidos e com a anulação da feminilidade e do desejo.

Considerações finais: o som e a fúria das múltiplas vozes

Nas dobras dos processos interacionais que se estabelecem, o grupo vem se mostrando um espaço privilegiado para que se possa apreender o princípio dialógico. Um dos propósitos

que motivaram a elaboração do presente estudo foi justamente explorar a compreensão desse princípio, a fim de evocar as diferentes vozes que se articulam nos discursos sobre o câncer de mama e a mulher mastectomizada, tomando o humano em seu caráter plural e indivisível. O destaque posto no caráter dialógico das falas das participantes contribuiu para que se pudesse compreender a dinâmica interna das interações e de que modo os diferentes saberes elaborados em torno da doença chegam até as mulheres e são reproduzidos e transmitidos a partir delas. Com isso, pode-se pensar também na questão do tratamento e em que medida o grupo oferece suporte não apenas para que elas falem a respeito da doença e de suas vivências, mas para que possam construir um espaço no qual os diferentes saberes e fazeres se atualizem a fim de que novas práticas e ações de cuidado sejam produzidas.

Essas práticas, no entanto, só podem ser ressignificadas na medida em que as participantes e os profissionais de saúde envolvidos atentem para além do que é dito e possam realmente compreender o real alcance das demandas das pacientes, em suas alegrias e angústias, amores e dores, enfim, em suas vivências mais íntimas. Entender que os discursos são produzidos coletivamente e que se articulam nas diversas vozes presentes vem se tornando um modo de intervir na área de saúde, uma vez que se valoriza a identificação, não apenas de pontos de fragilidade, mas também dos recursos potenciais do paciente, bem como suas dores e suas vivências mais íntimas. Compreendendo que os discursos não apenas são produzidos como também são transmitidos pelo e no meio social (Spink & Mirim, 2000), pode-se postular que, se novas práticas e modos de ver e interpretar a situação da mulher com câncer emergirem no espaço grupal, essas mudanças poderão também ser reproduzidas no meio social, promovendo mudanças no plano das representações que são corporificadas no discurso.

O tratamento, visto a partir desse prisma dialógico e polifônico, adquire um papel que extrapola o espaço do grupo, na medida em que se potencialize não apenas o conhecimento construído *dentro* do grupo, mas também nos interstícios das demais relações, por meio das discussões e das trocas de experiências. Recorrer ao grupo como agente promotor de uma vida com melhor qualidade pode contribuir para elidir preconceitos, desarmar estigmas e promover inclusão social a partir de novos paradigmas e possibilidades de encarar as experiências paradoxais contidas na doença, como a obtenção de uma nova perspectiva de vida em troca da perda da mama e as incertezas em relação à efetividade do tratamento. O ponto de vista aqui defendido é que se deve incentivar a criação de espaços em que pacientes oncológicos possam falar a respeito daquilo que vivenciam na vida diária, suas experiências cotidianas, temores e angústias frente às mudanças e necessidades de ajustamento.

Nesse contexto, um dos espaços mais auspiciosos é o grupo de apoio focalizado no presente estudo. A partir da análise discursiva pôde-se perceber que o grupo funciona de modo a questionar e desconstruir algumas ideias cristalizadas e estigmatizantes que gravitam em torno do câncer, ressaltando possibilidades e os aspectos saudáveis das pacientes, as adaptações promovidas e a instilação de esperança como um potente fator terapêutico que mobiliza as pessoas a se envolverem

nessa rede dialógica.

Os resultados evidenciaram que as mulheres encontram seus próprios modos de conviver com os desafios do câncer de mama. Essas diferenças produzem modos distintos de *estar doente*, suscitando diferentes estratégias para negociar a contingência humana envolvida no processo de adoecer.

Outro ponto a ser mencionado é a questão da formação dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento do câncer, especificamente do psicólogo. Ao privilegiar trabalhar com a fala, esse profissional deve estar atento às nuances da comunicação verbal e à riqueza da comunicação de cada paciente, que não narra apenas um modo de enfrentamento ou uma experiência pessoal, mas também comunica o modo como o seu meio social o vê e o constitui, bem como ele próprio se encara e se configura na relação com o outro. Compreendendo o caráter coletivo das produções das ideias e dos discursos, que situam as pessoas em um determinado contexto discursivo (Spink & Medrado, 2000), pode-se nortear os tratamentos existentes na atualidade, diminuindo o peso que se dá à doença e transferindo a ênfase à pessoa em seu processo de significar seu sofrimento, em sua constituição *com e pelo* outro, nos marcos de seu ambiente.

Alguns discursos atuais sobre o câncer de mama, advindos de profissionais, cientistas, pacientes, familiares ou da coletividade geral, têm se mostrado limitadores de possibilidades, no sentido de que veem as mulheres apenas como pessoas doentes, dependentes de cuidados e que apenas recebem passivamente os discursos elaborados pela autoridade científica. Mesmo os discursos sustentados pelas mastectomizadas em boa medida reproduzem e re-elaboram o discurso biomédico. As narrativas são frequentemente influenciadas por esse modelo hegemônico, que é fortemente voltado à doença como um evento meramente orgânico e que não valoriza as estratégias de enfrentamento e as possibilidades transformadoras que o adoecer involucra. O que pontuamos é que os discursos, em sua multiplicidade, são produzidos socialmente e não se situam em um ou outro falante privilegiado. Como produto social, nossa fala está repleta das palavras dos outros, o que nos coloca como ativos produtores da discursividade. Assim, a ideia social de que o câncer de mama é uma sentença de morte também pode ser rebatida pelo mesmo princípio dialógico, o que permite potencializar o valor transformador da experiência da enfermidade.

Considerando a produção histórica dos discursos, o fato de o grupo possibilitar que novos saberes sobre o câncer possam ser veiculados – aspectos do tratamento e do enfrentamento, por exemplo – pode contribuir para a desmistificação de muitos aspectos relacionados à doença e às pessoas com câncer. De acordo com o princípio dialógico, tais falas possuem ressonância no meio social e uma implicação prática no que diz respeito ao modo de se conceber a doença. Estaríamos em uma fase de transição e mudança nos discursos produzidos sobre o câncer de mama?

A julgar pelo que pôde ser captado e analisado nos grupos de apoio, corroborado pelos novos tratamentos e avanços consistentes na área da oncologia, pode-se dizer que muitos dos mitos em torno da doença vêm sendo gradualmente desconstruídos e reelaborados. O que destacamos aqui é que o conhecimento em torno do princípio dialógico e polifônico da

linguagem pode contribuir para que tais ideias sejam não apenas veiculadas, mas ativamente exploradas para atuarem como promotoras de mudanças. Mudanças que propiciem uma melhor qualidade de vida às pacientes, melhores condições de tratamento e possibilidades reais de inclusão social. Contextualizar a produção dos discursos, situando as falas das mastectomizadas dentro do meio específico em que são eliciadas, pode contribuir para que não se perpetue a visão preconceituosa e estigmatizante que se lança às pacientes, abarcando de modo coerente a pessoa em sua multiplicidade, em seu caráter dialógico que emerge na sua relação com o outro e com o mundo.

Referências

- Arantes, S. L., & Mamede, M. V. (2003). A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: Um direito a ser conquistado. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11(1), 49-58.
- Bakhtin, M. (1997). *Estética da criação verbal* (2ª ed., M. E. G. G. Pereira, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1979)
- Bakhtin, M. (V. N. Volochinov) (2002). *Marxismo e filosofia da linguagem* (10ª ed., M. Lahud & Y. F. Vieira, Trans.). São Paulo: Hucitec. (Originalmente publicado em 1929)
- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Brait, B. (2003). As vozes bakhtinianas e o diálogo inconcluso. In D. L. P. Barros & L. Fiorin (Orgs.), *Dialogismo, polifonia e intertextualidade* (pp. 11-28). São Paulo: Edusp.
- Clapis, M. J. (1996). *Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama: Uma perspectiva de gênero*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Conde, D. M., Pinto-Neto, A. M., Júnior, R. F., & Aldrighi, J. M. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria*, 28(3), 195-204.
- Dukes Holland, K., & Holahan, C. K. (2003). The relation of social support and coping to positive adaptation to breast cancer. *Psychology and Health*, 18(1), 15-29.
- Gertz, G. (2006). Breast cancer: Dueling discourses and the persistence of an outmoded paradigm. In M. C. Rawlinson & S. Lundeen (Orgs.), *The voice of breast cancer in medicine and bioethics* (pp. 31-52). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminino. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 197-204.
- Gonzalez-Angulo, A. M., Morales-Vasquez, F., & Hortobagyi, G. N. (2007). Overview of resistance to systemic therapy in patients with breast cancer. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 608, 1-2.
- Helman C. G. (1994). *Cultura, saúde e doença* (2ª ed., E. Mussnich, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Instituto Nacional do Câncer. (2007). *Estimativa da incidência de câncer para 2008 no Brasil e nas cinco regiões*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. [Obtido em 3 de dezembro de 2007, de <http://www.inca.org.br>]
- Jatoi, I. (2002). Breast cancer screening. *American Journal of Surgery*, 177, 518-524.
- Jones, S. E. (2008). Considerations in treatment choice for metastatic breast cancer. *Breast Cancer*, 15(1), 35-39.
- Mamede, M. V. (1991). *Reabilitação de mastectomizadas: Um novo enfoque assistencial*. Tese de Doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1989). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.
- Minayo, M. C. S. (1994). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Moraes, A. B., Zanini, R. R., Turchiello, M. S., Riboldi, J., & Medeiros, L. R. (2006). Estudo da sobrevivência de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(10), 2219-2228.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). Breast cancer, poverty and mental health: Emotional response to the disease in women from popular classes. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 15(número especial), 786-791.
- Pinho, L. S., Campos, A. C. S., Fernandes, A. F. C., & Lobo, S. A. (2007). Câncer de mama: Da descoberta à recorrência da doença. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 9(1), 154-165.
- Rawlinson, M. C., & Lundeen, S. (2006). *The voice of breast cancer in medicine and bioethics*. Dordrecht, Netherlands: Springer.
- 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.
- Santos, M. A., Moscheta, M. S., Peres, R. S., & Rocha, F. P. (2005). Atuação em psico-oncologia: atenção interdisciplinar a mulheres mastectomizadas. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva & M. A. Santos (Orgs.), *Formação em Psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática* (pp. 379-394). Ribeirão Preto: Vetor.
- Schulze, C. M. N. (1993). As representações sociais de pacientes portadores de câncer. In M. J. P. Spink. (Org.), *O conhecimento no cotidiano: As representações sociais na perspectiva da psicologia social* (pp. 266-279). São Paulo: Brasiliense.
- Silva, R. M., & Mamede, M. V. (1998). *Conviver com a mastectomia*. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará.
- Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora* (M. Ramalho, Trad.). Rio de Janeiro: Graal.
- Spink, M. J. P. (2003). *Psicologia social e saúde: Práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis: Vozes.
- Spink, M. J., & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 41-62). São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J., & Mirim, L. Y. L. (2000). Garimpendo sentidos em base de dados. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 153-182). São Paulo: Cortez.
- Tong, R. (2006). Negotiating personal and political settlements with breast cancer: Women find their own ways to live with human contingency. In M. C. Rawlinson & S. Lundeen (Orgs.), *The voice of breast cancer in medicine and bioethics*, (pp. 9-19). Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Vieira, C. P., Moraes, M. H. B., & Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 311-316.
- Werebe, M. G. (1984). Corpo e sexo: Imagem corporal e identidade sexual. In M. I. D'Avila Neto (Org.), *A negação da deficiência: instituição da diversidade*, (pp. 43-56). Rio de Janeiro: Achiamé-Socius.

Notas

- 1 Os nomes escolhidos para designar as participantes são fictícios, de modo a preservar a identidade e o caráter sigiloso das informações colhidas.
- 2 Prado, A. (2007). Com licença poética. In A. Prado *Bagagem* (p. 9; 26^a ed. revisada). Rio de Janeiro: Record.

Fabio Scorsolini-Comin, especialista em Administração Escolar pela Faculdade de Educação São Luís, é mestrando em Psicologia na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço para correspondência: Departamento de Psicologia e Educação: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo; Avenida Bandeirantes, 3900 (Monte Alegre); Ribeirão Preto, SP; CEP: 14040-901. Tel.: (16) 3602-3645. E-mail: scorsolini_usp@yahoo.com.br

Manoel Antônio dos Santos, doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo, é professor no Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Laura Vilela e Souza, mestre em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e especialista em Grupoterapia pela Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, é professora nas Faculdades Integradas FAFIBE. E-mail: lacake@uol.com.br