

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

RECONSTRUÇÃO DA FEMINILIDADE: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES  
COM O CÂNCER DE MAMA

Autora: Daliana Cristina de Lima Antonio

Brasília, 2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

RECONSTRUÇÃO DA FEMINILIDADE: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES  
COM O CÂNCER DE MAMA

Autora: Daliana Cristina de Lima Antonio

Tese apresentada ao  
Departamento de Sociologia da Universidade  
de Brasília/UnB como parte dos requisitos  
para a obtenção do título de Doutora.

Brasília, julho de 2023.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

TESE DE DOUTORADO

RECONSTRUÇÃO DA FEMINILIDADE: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES  
COM O CÂNCER DE MAMA

Autora: Daliana Cristina de Lima Antonio

Orientadora: Tânia Mara Campos de Almeida (UnB)

Banca: Profa. Doutora Christiane Girard (UnB)  
Profa. Doutora Dulce Suassuna (UnB)  
Profa. Doutora Waleska Aureliano (UERJ)  
Profa. Doutora Marcela Amaral (UFG)

À Raquel, que reclamou até morrer.

## AGRADECIMENTOS

À Fundação de Apoio à Pesquisa de Minas Gerais (Fapemig) que, por meio do Programa de Capacitação de Recursos Humanos (PCRH), proporcionou bolsa de estudos para a participação junto do Programa de Pós-Graduação em Sociologia (PPGSOL), da Universidade de Brasília (UnB) e demais atividades acadêmicas;

À orientação de Lourdes Bandeira (*in memoriam*), por ter aceitado o tema e contribuir com leituras generosas de todos os textos produzidos e aos diálogos visando um cuidado com a autoestima intrínseca à vida de pesquisa/dor/a;

À orientadora Tânia Mara Campos de Almeida, por aceitar dar continuidade à produção desta tese por meio de um incentivo irrestrito e a confiança no compromisso com os projetos que se seguirão;

Ao PPGSOL que garantiu uma honesta recepção na instituição; ao Edson Silva de Farias; aos auxílios técnicos da secretaria, em especial à Gabriella da Conceição e Carlos (Gabi); ao companheirismo de Bruno Saliba nesta jornada;

Aos colegas de trabalho do Departamento de Política e Ciências Sociais (DPCS), da Unimontes, e à instituição, pelo apoio;

À Christiane Girard pelo aprendizado e à Waleska Aureliano pela solicitude, intelectuais que me inspiram e desde a qualificação sigo as rigorosas contribuições;

À Marcela Amaral pela confiança na composição do Comitê de Pesquisa Gênero e Sexualidades, da Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS), e à Regimeire Maciel, que, juntas na atual coordenação deste comitê, garantem o reconhecimento de nossas atividades;

À Cláudia Maia pela confiança nas atividades junto ao Grupo de Pesquisa e Estudos Gênero e Violência (GPEG);

À Claudiana Bauman (Cau) pelas flores do Projeto Vida;

À Helena Papa por tanto;

À amizade em diferentes composições: Andréa Puydinger e Elvis Diana, Andrea Jakubaszko, Anette Lobato Maia, Afrânio Bittencourt, Camila Galetti, Carlos Fernandes Cavalcante, Cecília Castro, Celia Orlato Selem, Cláudia Rocha, Clea Leite, Cleide Mara Vilela, Edson Rocha, Elaine Leite, Emerson Pessoa, Fabricio Trevisan, Fernanda S. Tiago e Mafe, Flavia Virginia, Franciele Scopetc, Gustavo Piovezan, Hannah Serrat, Irani Mendes, Joyce Shimura, Julia Leite, Ketlen Martins, Madalena Coatio, Marcelo Brito, Maria Angélica Figueiredo, Mateus Lothar, Matheus Felipe Oliveira, Michel Nocchi, Paula

Jokura, Patrique Lamounier, Paul Jardim, Polliana Machado, Robson Della Torre, Rodolfo Junqueira Fonseca, Rodrigo Pedro Casteleira, Rosa Anísia, Tathy e Carlos Bortolo, Wessler Nascimento;

Ao processo de formação acadêmica na Universidade Estadual de Maringá (UEM), especialmente à amizade preservada junto das pessoas que fazem por meio das Ciências Sociais uma intensa contribuição por uma educação científica antirracista e antisexista;

Às tecituras feministas e aos amores dispensados.

Audre Lorde, que está conosco hoje através das palavras que nos deixou, nos deu uma forte crítica ao neoliberalismo, mesmo que ela não usasse este termo. O trabalho dela é repleto de observações acerca de como desviamos das desigualdades estruturais quando as colocamos como responsabilidade dos indivíduos (que tendo a capacidade de superar as estruturas são percebidos como fracassados quando não conseguem superá-las). O trabalho de Audre Lorde explora como o autocuidado pode se tornar uma técnica de governança: o dever de cuidar de si geralmente posto como o dever de prover felicidade, florescimento, bem-estar (Sara Ahmed).

## RESUMO

A pesquisa investigou as representações de feminilidade autoatribuídas por 10 mulheres cis entrevistadas sobre as vivências com o câncer de mama, particularmente no que diz respeito ao procedimento cirúrgico de reconstrução mamária. As colaboradoras compartilharam a experiência com a enfermidade, passando pela trajetória de um cuidado de si, da incorporação de práticas preventivas, do diagnóstico ao tratamento, e das implicações da mastectomia, quando indicado tal procedimento, sobre a imagem corporal. Os relatos contribuíram para uma interpretação da feminilidade associada à autoestima, à maternidade, à sexualidade e às relações institucionais. Foi possível compreender reconstruções da feminilidade nas vivências com o campo médico e a rede de apoio e proteção, implicadas em um conjunto de interpelações, hegemonicamente constitutivo de uma "cultura rosa", com efeitos sobre a autoidentificação como paciente oncológica, o cuidado de si e as percepções corporais. Sendo assim, a feminilidade é atravessada de modo a caracterizar uma luta permanente pela cura, na "batalha" pela sobrevivência, seguidos os exames protocolares, e na encarnação de outros significados das mamas conforme os procedimentos estéticos garantidos. Daí a feminilidade como um sofrimento social. Se há uma representação hegemônica visto a orientação de uma intervenção cirúrgica com implante de silicone, a reconstrução mamária não vai significar a garantia da feminilidade, tal como expresso na legislação, e sim um estado de alma, expresso um processo de encarnação constitutivo de um novo esquema corporal. Uma cultura somática neste contexto do câncer de mama expressa outras feminilidades sobre a visibilidade de um corpo sem mamas. Logo, o reconhecimento das desigualdades produzidas contribui para um debate sobre estima e moralidade de modo a combater efeitos de gênero que constroem mulheres ora a disfarçarem um corpo sem mamas, seja com próteses externas, ora a sentirem-se obrigadas a aceitar os riscos de procedimentos cirúrgicos reconstrutivos com enchimento.

**Palavras-chave:** Gênero; Feminilidade; Câncer de Mama; Mastectomia.

## ABSTRACT

The research investigated the self-attributed representations of femininity by 10 cisgender women interviewed about their experiences with breast cancer, particularly regarding the surgical procedure of breast reconstruction. The collaborators shared their illness experience, going through the trajectory about the care of the self, the incorporation of preventive practices, from diagnosis to treatment, and the implications of mastectomy, when such a procedure is indicated, on body image. Their accounts contributed to an interpretation of femininity associated with self-esteem, motherhood, sexuality, and institutional relationships. It was possible to understand reconstructions of femininity in the experiences with the medical field and the support network, which are involved in a set of interpellations that constitute a predominantly "pink culture," with effects on self-identification as an oncology patient, care of the self and body perceptions. Consequently, femininity is crossed in a way that characterizes a continuous struggle for healing, a "battle" for survival, following the protocol exams, and the embodiment of other meanings of breasts depending on the guaranteed aesthetic procedures. Hence, femininity can be seen as a social suffering. If there is a hegemonic representation given the orientation towards a surgical intervention with silicone implants, breast reconstruction does not necessarily guarantee femininity, as expressed in legislation, but rather a state of mind, expressing a process of embodiment that constitutes a new body schema. A somatic culture in this breast cancer context expresses other femininities related to the visibility of a body without breasts. Therefore, recognizing the produced inequalities contributes to a debate on esteem and morality, aimed at combating gender effects that constrain women to either disguise a breastless body with external prostheses or feel obliged to accept the risks of reconstructive surgical procedures with implants.

**Keywords:** Gender; Femininity; Breast Cancer; Mastectomy.

## RESUMÉ

La recherche a étudié les représentations de la féminité auto-attribuées par 10 femmes cisgenre interrogées sur leurs expériences avec le cancer du sein, notamment en ce qui concerne la procédure chirurgicale de reconstruction mammaire. Les participantes ont partagé leur expérience de la maladie, en parcourant la trajectoire du soin de soi, l'incorporation de pratiques préventives, du diagnostic au traitement, et les implications de la mastectomie, lorsqu'une telle procédure est indiquée, sur l'image corporelle. Les récits ont contribué à une interprétation de la féminité associée au souci de soi, à la maternité, à la sexualité et aux relations institutionnelles. Il a été possible de comprendre les reconstructions de la féminité dans les expériences avec le champ médical et le réseau de soutien et de protection, impliqués dans un ensemble d'interpellations, hégémoniquement constitutives d'une "culture rose", avec des effets sur l'auto-identification en tant que patientes oncologiques, le souci de soi et les perceptions corporelles. Ainsi, la féminité est traversée de manière à caractériser une lutte permanente pour la guérison, dans la "bataille" pour la survie, suivie d'examens protocolaires, et dans l'incarnation d'autres significations des seins selon des procédures esthétiques garanties. D'où la féminité comme souffrance sociale. S'il existe une représentation hégémonique compte tenu de l'orientation d'une intervention chirurgicale avec un implant en silicone, la reconstruction mammaire ne signifiera pas la garantie de la féminité, telle qu'exprimée dans la législation, mais un état d'âme, exprimant un processus d'incarnation constitutive d'un nouveau schéma corporel. Une culture somatique dans ce contexte de cancer du sein exprime d'autres féminités sur la visibilité d'un corps sans seins. Dès lors, la reconnaissance des inégalités produites contribue à un débat sur l'estime et la moralité afin de combattre les effets de genre qui contraignent les femmes à travestir parfois un corps sans seins, soit avec des prothèses externes, soit à se sentir obligées d'accepter les risques des interventions chirurgicales reconstructrices avec implants.

**Mots-clés:** Genre; Féminité; Cancer du sein; Mastectomie.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO: CORTES TEÓRICOS, COSTURAS METODOLÓGICAS.</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 DA PREVENÇÃO AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA: PRÁTICAS INCORPORADAS.....</b>	<b>21</b>
1.1 Cuidado de si e responsabilização pelo câncer de mama.....	31
1.2 Da incorporação das práticas corporais ao diagnóstico da feminilidade.....	51
<b>CAPÍTULO 2 FEMINILIDADE COMO SOFRIMENTO SOCIAL: O CÂNCER NÃO É ROSA.....</b>	<b>72</b>
2.1 A feminilidade funcional.....	76
2.2 A "guerra" contra o câncer: padecer e sobreviver.....	87
2.3 Padecer sob os atravessamentos da feminilidade.....	98
2.4 Deslocamento da feminilidade: uma luta permanente.....	123
<b>CAPÍTULO 3 RECONSTRUÇÕES DA FEMINILIDADE.....</b>	<b>134</b>
3.1 A feminilidade como garantia.....	137
3.2 Feminilidades encarnadas: importa viver.....	142
3.3 Corpos mastectomizados: que feminilidades importam? .....	169
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>186</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>190</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>199</b>
APÊNDICE A — Instrumento de coleta de dados	
APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	
APÊNDICE C — Matriz - organização temática	
<b>ANEXO.....</b>	<b>203</b>
ANEXO — Parecer Consubstanciado do CEP	

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- APCC — Associação Paulista de Combate ao Câncer
- CCJC — Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania
- CMULHER — Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher
- CONITEC — Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias
- DNS — Departamento Nacional de Saúde
- DNSP — Departamento Nacional de Saúde Pública
- FAPEMIG — Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais
- ICV — Iniciação Científica Voluntária
- INCA — Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
- MS — Ministério da Saúde
- MS/GM — Ministério da Saúde/Gabinete do Ministro
- OPAS — Organização Panamericana de Saúde
- OMS — Organização Mundial da Saúde
- PCRH — Programa de Capacitação de Recursos Humanos
- Plano de Dant — Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis
- PMDB/MG — Partido do Movimento Democrático Brasileiro de Minas Gerais (atual MDB)
- PNAO — Política Nacional de Atenção Oncológica
- Pro-Onco — Programa de Oncologia
- RHC — Registros Hospitalares de Câncer
- SBM — Sociedade Brasileira de Mastologia
- SNC — Serviço Nacional de Câncer
- SUS — Sistema Único de Saúde
- TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNIMONTES — Universidade Estadual de Montes Claros
- USP — Universidade de São Paulo

## INTRODUÇÃO: CORTES TEÓRICOS, COSTURAS METODOLÓGICAS

A temática desta tese de doutoramento foi incitada a partir de um processo de orientação de trabalho de conclusão que realizei, em 2017, no curso de Ciências Sociais, da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), onde leciono. A graduanda, afetada com a enfermidade da mãe, analisou o câncer de mama como um fato social, considerando uma configuração coercitiva dos sofrimentos e uma exterioridade relativa ao acometimento do corpo diante das inconstâncias sobre as atividades laborais, assim como as demais relações interpessoais e, ainda, da generalidade da representação de "sentença de morte" quando da informação do diagnóstico. Ao dialogarmos sobre as entrevistas que ela realizou com cinco mulheres, avalei como interessante refletir sobre as intervenções corporais diante da identificação com uma doença que implicaria, muito provavelmente, uma mutilação<sup>1</sup>. Como eu vinha me dedicando aos estudos feministas, me interessou pensar sobre as afecções atribuídas à feminilidade diante da reconstrução mamária. Isto porque, uma das entrevistadas justificou a motivação para a cirurgia lhe proporcionar "ter peitos novos e mais bonitos". Daí, me questionei: como compreender os sofrimentos diante de um câncer mamário? Que aspectos subjetivos podem ser comuns nas experiências de mulheres devido a mastectomia? E como esses aspectos estão implicados em concepções de feminilidade?

Na primeira revisão sobre o tema, encontrei a dissertação da antropóloga Waleska Aureliano, "Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)", defendida em fevereiro de 2006, no Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal de Campina Grande. Ao afirmar sobre os poucos estudos nas Ciências Sociais a respeito desta doença, no que afeta análises das perspectivas

---

<sup>1</sup> Ao longo do meu estudo, entendi que o termo mutilação tem um caráter bélico que tem sido criticado por mulheres, a exemplo de Barbara Ehrenheit (2001) e Iris M. Young (2005), incluindo o movimento *go flat* (em tradução literal: seja plana), que vem defender o repasse da informação da estética "plana" na mastectomia, como uma opção cirúrgica. O que se intenta é informar sobre uma abordagem estética que explanta excesso de pele, gordura, tecidos para o tórax ter uma aparência plana. O ativismo *go flat* projeta representações de corpos mastectomizados como inteiros, plenos, rejeitando, deste modo, as narrativas que associam a perda do seio à perda da feminilidade. Um artigo sobre o perfil *Flat Closure Now*, do Instagram, sob minha autoria está no Anais do "IV Encontro Nacional do GT Estudos de Gênero — ANPUH — Espaços e caminhos dos Feminismos: História, diversidade e resistências" intitulado "Abjeção do corpo mastectomizado: politização da feminilidade no ativismo *go flat*".

socioculturais, e em investigação mais recente, do ano de 2015, quando a pesquisadora apresentou alguns discursos médicos e psicológicos sobre o câncer de mama ser um "grande golpe" na autoestima da mulher, pensei na análise da mutilação de um seio, ou mesmo de dois, representar uma "sentença de morte" para a feminilidade, ou seja, uma estética dita feminina. Ao analisar, neste mesmo artigo de 2015, um ensaio fotográfico no qual a profissional fotógrafa realizou sobre si mesma uma performance do processo desde o diagnóstico da enfermidade à morte, a pesquisa de Aureliano significou, para mim, uma contraposição aos discursos sobre a cura e a respeito da sobrevivência quando utiliza termos bélicos, tal como dizer de uma "batalha" contra a doença, a "luta" contra o câncer. As fotografias incitavam reflexões sobre a dimensão social da psique, a dimensão ambiental e política das doenças, as dores, os sofrimentos, o estigma, a morte, sem tentar invisibilizar, vitimizar ou suspender um processo como se fosse possível "vencer" a enfermidade obedecendo o protocolo médico (Aureliano, 2015).

Prossigui, basicamente, na busca para conhecer a constituição de um campo temático sobre o corpo, no que a leitura de David Le Breton, "Sociologia do Corpo", uma publicação de 2002, foi fundamento para delinear um "recorte" de investigação. Uma das primeiras questões que inseri no escopo do planejamento da pesquisa foi se uma representação da feminilidade pode ser acionada pelas mulheres diagnosticadas com câncer de mama de modo a ser atribuída como geral, comum. Se o corpo é um constructo multifacetado e pode ter atribuições discursivas tão diversas, qual o grau de associação de um atributo dito feminino, no caso a mama, sobre a autoestima da mulher em um processo complexo tal qual um tratamento do câncer? Será a subjetividade justificada sob uma noção de feminilidade que deverá ser incorporada, aceitável, para seguir o protocolo da reconstrução mamária com enchimento, mais particularmente a inserção de implante mamário? A autoestima tem maior valor para uma imagem corporal de um peito com enchimento? A ideia de perda e reparação está sustentada em uma perspectiva de beleza na "inteireza", uma plenitude, expressa nas mamas? Se as mamas representam a feminilidade, quando não há um enchimento, essa identificação se faz ausente e/ou há um sentimento de menor valor sobre "ser mulher"? Eram muitas questões que me interessavam para conhecer experiências de mulheres com o câncer de mama, especialmente após a retirada do tumor.

A partir de uma revisão na base de dados *SciELO*,<sup>2</sup> o problema de pesquisa foi delineado na busca de uma compreensão sobre a mutilação decorrente da mastectomia e suas implicações. Em síntese, conforme as revisões críticas de Gomes, Skaba e Vieira (2002) e Funghetto, Terra e Wolff (2003), as dimensões sociais e psicológicas sobre os corpos das mulheres são consideradas funcionais, com base numa representação social, de modo a descartar a reflexividade da mulher que recebe o diagnóstico. Soma-se a isso a identificação de diferentes estressores, físicos e simbólicos, como na sugestão de uma reabilitação psicossocial, por Silva e Santos (2008), para garantir qualidade de vida. Para estes pesquisadores, os significados psicológicos e culturais da mama, atributos da identidade, afetam a autoimagem e, por isso, afirmaram que a mastectomia exige um processo de luto, e que uma "reparação" da mama pode contribuir para a adoção de uma "outra" imagem corporal.

Entre outras questões pesquisadas: o anseio pela cura a partir do significado da sobrevivência, da sobrevida, e o estímulo da psicoterapia ou das vivências em grupos de autoajuda (Fernandes; Rodrigues; Cavalcanti, 2004); a gestação como uma contribuição para superar o medo da morte, apesar das recomendações médicas para evitar uma gravidez durante o protocolo de tratamento (Monteiro *et al.*, 2013), sabido não haver determinantes da gestação sobre recidiva, metástase ou sobrevida (Vieira; Gomes; Trajano, 2005). Cada agência neste processo, cada pessoa, cada mulher, tem responsabilidades afetivas, como foi avaliado por Moura *et al.* (2010) ao buscar identificar fatores ansiogênicos. À mediação nos cuidados, por exemplo, a respeito da sexualidade, foi avaliado por Ferreira *et al.* (2015) como uma responsabilidade de profissionais da saúde para uma comunicação que reconheça a predominância de interditos socioculturais que precarizam "o feminino". Ademais, representações de maternidade, sexualidade, imagem corporal, que podem acometer ansiedades que afetam a autoestima e, assim, a qualidade de vida.

Uma estigmatização da imagem corporal tendo como efeito uma "perda" de identidade foi considerada quando a representação da mama significava uma "essência" feminina. A noção de "mulher" apresentou determinantes na atribuição da feminilidade. E

---

<sup>2</sup> Pesquisa sistemática realizada conjuntamente com Maria Luíza Freitas e Micaelly Fonseca junto ao Programa de Iniciação Científica Voluntária (ICV), da Unimontes, no ano de 2019, intitulada "Investigações sobre a feminilidade no contexto do câncer de mama", sob minha orientação, e publicada nos anais do I Seminário Efeitos de Gênero: interseccionalidades e práticas de resistência, sob o título "Das orientações sobre a subjetividade da mulher no contexto do câncer de mama: uma revisão narrativa".

a reconstrução mamária foi justificada como uma solução para a autoestima, vinculada à noção de imagem corporal. Se esta noção é uma forma incorporada, considerados os estudos psicométricos de Gonçalves *et al.* (2012, 2014) com elementos pré-definidos em um questionário com escalas, como avaliar as formas nas quais os discursos sobre a feminilidade afetam os valores atribuídos pela mulher sobre seu "próprio" corpo? Será uma representação da feminilidade associada "essencialmente" às mamas?

A seleção das mulheres a serem convidadas a colaborarem com a pesquisa se restringiu ao município de Montes Claros<sup>3</sup>, Minas Gerais, sob o método de amostragem chamado "bola de neve", no qual se dá a escolha aleatória de uma colaboradora chamada "semente", que é a pessoa mais acessível, pertencente ao círculo de amizade, por exemplo, para indicar outras e, assim, sucessivamente na construção de um grupo empírico (Dewes, 2013). Assim se deu quando, ao conversar com uma colega de trabalho, a "semente" foi plantada. No entanto, diferentemente do que foi expresso como a vantagem deste método: "populações difíceis de acessar", foi possível localizar muitas mulheres em clínicas e hospitais de referência, associações de apoio e reabilitação, conforme indicações. Também, tomei conhecimento de um projeto de extensão, da Unimontes, instituição a que me vinculo, que acompanha e avalia mulheres em atividades físicas supervisionadas, o "Projeto Vida", coordenado pela professora Claudiana Donato Bauman, do Departamento de Educação Física e do Desporto. Quando visitei o grupo, fui "adotada" para participar de encontros, e contrapondo possíveis vieses na pesquisa, já que as indicações poderiam se encerrar dentre as engajadas no projeto, busquei conhecer outras redes de apoio, especialmente com a indicação de Ágata<sup>4</sup> que seguia seu tratamento junto a uma instituição pública. Como me foi apresentado, as mulheres, durante o tratamento, comumente estão inseridas no contexto hospitalar e em clínicas de atendimento específico, tal como a fisioterapia, onde dialogam com outras sobre suas condições e estabelecem amizades, o que também contribuiu para indicações. O número de mulheres se limitou a fim de se obter profundidade nas entrevistas individuais.

---

<sup>3</sup> Em Montes Claros há dois estabelecimentos habilitados como Unidades de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON): Hospital Dilson de Quadros Godinho e Hospital Santa Casa Irmandade Nossa Senhora das Mercês, ambos sob gestão municipal e, respectivamente, fundação e entidade sem fins lucrativos. Dos estabelecimentos privados, a cidade conta com dois hospitais-dia: Oncovida e Oncológica Norte de Minas. Como a seleção das mulheres não foi feita no âmbito hospitalar, apenas serão mencionados os vínculos de acesso à saúde como privados ou públicos.

<sup>4</sup> Nome fictício para uma das mulheres partícipes do projeto, há 15 anos responsável por muitos encontros de confraternização, com quem aprendi sobre vínculos de solidariedade a respeito de encaminhamentos de mulheres para consultas, doação de alimentos e vestimentas.

Houve a solicitação das seguintes informações sociodemográficas que contribuíram para a interpretação dos relatos: estado civil, cor, idade quando do diagnóstico, tipos de exames realizados, tipo de câncer, acesso ao sistema de saúde, tipo de intervenção cirúrgica, profissionais envolvidos, medicamentos consumidos, profissão, renda individual e familiar, e formação da rede de apoio.

As seguintes perguntas guiaram as entrevistas com 10 (dez) mulheres cisgênero<sup>5</sup>, que se tornaram colaboradoras desta pesquisa<sup>6</sup>; questionamentos que se configuraram enquanto roteiro semiestruturado<sup>7</sup> durante as entrevistas: como se deu/ocorreu o diagnóstico? Como considera a sua relação com o corpo na sua história (seja a respeito de questões fisiológicas, estéticas ou espirituais)? "Ser mulher", ou melhor, referências sobre o feminino se alteraram com o diagnóstico? Qual foi a sua relação com o saber médico? Você buscou investigar sobre a doença? Houve encontros com experiências comuns/similares às suas? Que ocasiões te afetaram quando perguntada sobre o câncer? O que gostaria que as pessoas soubessem sobre o câncer de mama? Sendo guias, tais questões não se deram como interpelações lineares, mas foram acionadas conforme a conversa que propus como um momento de compartilhamento, como expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>8</sup>, sobre um resultado esperado da pesquisa: "que as representações sobre a feminilidade da mulher que fez mastectomia sejam compartilhadas para contribuir no reconhecimento de corpos que vivenciaram o câncer de mama".

O reconhecimento importou sobre as justificações das atitudes relatadas na trajetória de prevenção e tratamento do câncer (Habermas, 2003, 2004; Bourdieu, 2009; Boltanski, 2000, 2009; Ricouer, 2006, 2014). Isto porque os procedimentos orientados ao longo do percurso clínico-hospitalar-terapêutico, são intrínsecos a um aprendizado correspondente ao cuidado de si e às percepções sobre o corpo, que se transformam junto de concepções de saúde e doença, implicadas em sofrimentos (Canguilhem, 2009, 2011; Foucault, 2014; Grosz, 1994; Csordas, 2008; Kleinman, 1998). Ainda que visando

---

<sup>5</sup> Da técnica "bola de neve" não houve indicação de pessoas trans, mulheres ou homens trans, e é sabido que fatores tais como a densidade relativa às glândulas mamárias, o uso de hormônios, período de amamentação, devem contribuir para um debate sobre o acometimento deste tipo de câncer.

<sup>6</sup> A proposta da pesquisa foi encaminhada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) com o título "Representações de corpos mastectomizados: qual feminilidade?" e foi aprovada sob o Número do Parecer: 3.978.871 e CAAE: 26370619.1.0000.5540 (vide Anexo).

<sup>7</sup> Apêndice A — Instrumento de coleta de dados.

<sup>8</sup> Apêndice B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

amenizar a dor, uma representação da feminilidade parece reforçar enquadramentos num tipo de reconhecimento que leva a generalização de experiências diversas (Dubet, 2010; Butler, 2019; Scott, 1998).

Dito isto, o objetivo desta tese consistiu em compreender as representações autoatribuídas sobre feminilidade por mulheres diante da mastectomia considerando a experiência com a doença, do diagnóstico ao tratamento. Os relatos dessas experiências contribuíram para uma interpretação da feminilidade em associação à autoestima, à maternagem e às relações institucionais. Ainda foi preciso considerar as vivências, mais ou menos próximas, da data do diagnóstico, já que o tempo de tratamento e o processo de reabilitação inferiram nestas representações, no que entendi como ressignificações que chamei de reconstruções da feminilidade. Isto porque há uma rotina de interpelações no processo desde o diagnóstico que implica percepções sobre um cuidado de si (Foucault, 2014).

O sentido da feminilidade foi entendido como um atravessamento contando com uma reflexão, proposta de uma abordagem clínica nas ciências humanas, que faz referência a uma historicidade estruturante nas trajetórias de vida diante das implicações, no caso, do diagnóstico do câncer de mama (Sévinny, 2001; Gaulejac; Márquez; Ruiz, 2005). A relação entre a história de vida com as formas de atribuição da feminilidade será, de diferentes modos, expressa em incorporações e encarnações que explicam um processo de subjetividade singular. Ou seja, são corporificações, logo, movimentos ambíguos, incertos, indeterminados, que colocam em questão o que se entende como plenitude, uma "inteireza".

A feminilidade será analisada como um problema que atravessa o corpo conforme as relações da vida cotidiana. Sendo assim, ao interpretar a feminilidade como um atravessamento analítico, tenho a hipótese primordial, para todos os casos, de problemas relativos não somente ao corpo, mas implicados, geralmente, em relações que justificam a identificação da mulher que recebeu o diagnóstico e deve decidir sobre os procedimentos conforme o protocolo indicado. Sob o jugo do problema da eficácia, a subjetividade conjuga os dispositivos amoroso e da maternidade com uma ficção biopolítica e, assim, acomete uma responsabilização individual para uma enfermidade de escopo da saúde pública (Preciado, 2018; Zanello, 2018).

Sendo o tema da pesquisa o câncer de mama, a noção de feminilidade foi observada, inicialmente, nas formas de apresentação ditas socioculturais e psíquicas sobre/das mamas. Se "[o] dinamismo das discussões e as preocupações com o câncer de mama demonstram a importância que a doença assumiu na sociedade, e demandam mais pesquisas acerca das faces sociais e históricas do câncer no país" (Teixeira; Araújo Neto, 2017, p. 11), conhecer experiências de mulheres deveriam interessar todas as pessoas que estão implicadas a fim de dar valor aos aspectos subjetivos e às interpretações que, diante das mediações socioculturais, atravessaram ainda mais a "pesquisa/dor/a". Essa reflexividade para as análises, diante de uma dor desconhecida, fez com que eu me identificasse assim: uma "pesquisa/dor/a" implicada nos afetos que atribuem a feminilidade uma hegemonia tal que faz da decisão em "consentir" com a reconstrução mamária quase que uma obrigação.

É possível afirmar que tudo isto já é evidenciado, de um determinado modo, suficientemente, há décadas devido o desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos e pesquisas científicas específicas a respeito do câncer de mama, como se pôde avaliar nos estudos supracitados, sendo majoritariamente, de profissionais da saúde partícipes das experiências de mulheres do diagnóstico ao tratamento. Isto também pode ser verificado na garantia legal brasileira para a realização da reconstrução mamária no mesmo momento da cirurgia de mastectomia ou outras formas cirúrgicas de retirada do tumor. Nisto, uma análise do projeto de lei que dispõe sobre este procedimento cirúrgico, e subsequentes alterações, contribuiu para entender as referências a respeito da feminilidade e a problemática de uma "articulação de um sujeito estável", no caso, "mulher", já que "[f]azer apelos à categoria das mulheres, em nome de propósitos meramente 'estratégicos', não resolve nada, pois as estratégias sempre têm significados que extrapolam os propósitos a que se destinam" (Butler, 2016, p. 23). Sendo assim, as mulheres, colaboradoras da pesquisa, acessaram o direito à reconstrução mamária? Que interpelações se deram até a tomada de decisões dos procedimentos cirúrgicos? Tais interpelações apontaram para uma representação de feminilidade que justificou a decisão?

Convidada a compartilhar a sua experiência, cada mulher recebeu, com antecedência ao dia do encontro, o termo de consentimento para conhecer a proposta da pesquisa, onde constou os objetivos, os riscos e os benefícios, e demais esclarecimentos para a ética da pesquisa. As conversas foram gravadas e tiveram a média de uma hora e

vinte e seis minutos cada uma, seguindo os devidos critérios éticos de solicitação e consentimento. Como sugerido por Gaskell (2015), entrevistas individuais de profundidade foram sistematizadas, transcritas e analisadas a partir de uma estrutura temática organizada em matriz a fim de compreender os sentidos sobre as representações relatadas, definidos os seguintes tópicos: 1) imagem corporal, 2) maternagem, 3) rede de apoio, 4) trabalho, 5) sensações, 6) diagnóstico/tratamento, 7) reconstrução mamária e 8) câncer.<sup>9</sup>

A estrutura desta tese parte de uma síntese sobre o câncer de mama para se pensar a respeito das justificações na legitimação de protocolos de tratamento, evidenciado como procedimentos "normais", abordando também a prevenção e o diagnóstico. O primeiro capítulo, intitulado "Da prevenção ao diagnóstico do câncer de mama: práticas incorporadas", contextualiza as investigações sobre o câncer, o desenvolvimento tecnológico, as explicações que envolvem a "organização" da vida a compor a complexidade a que a paciente deve confiar. Confiança tal que expressa o que se denomina "cultura rosa" visando atitudes otimistas justificadas na eficácia nos procedimentos médicos indicados. Uma discussão sobre as concepções de saúde e doença se fez fundamental para compreender um agenciamento para o "cuidado de si" diante das decisões para as intervenções corporais, típicas no contexto desta enfermidade, que serão incorporadas em um processo de encarnação implicado o atravessamento de uma feminilidade.

O segundo capítulo, intitulado "Feminilidade como sofrimento social: o câncer não é rosa", tem uma abordagem epistemológica feminista para compreender uma "localização" da feminilidade nos relatos das colaboradoras, um *tropos* que é efeito de representações que podem ser remontadas a partir de uma demarcação funcional. Por vezes, mencionei referências para além do marco histórico da modernidade, mas é neste âmbito que a enfermidade ainda se justifica na fronteira da saúde e da doença sob uma perspectiva de cura de modo a legitimar um caráter de batalha. Entretanto, uma "luta permanente" diante de uma identidade indesejável: paciente oncológica. Daí a noção de encarnação contribuiu para explicar as múltiplas formas de reconhecimento de um "outro corpo" diante da experiência com a enfermidade que vai deslocar a representação de feminilidade.

---

<sup>9</sup> Ver Apêndice C — Matriz - organização temática.

Por fim, o terceiro capítulo, intitulado "Reconstruções da feminilidade", discutiu os atravessamentos da feminilidade nas menções conceituais e discursivas nos projetos de lei brasileiros referentes à reconstrução mamária, suas justificativas e respectivas consolidações. Seguiu-se com as análises dos relatos de modo a expor a complexidade que expressa uma experiência, como dito por Lygia, somente sentida por quem vive. Deste modo, não há uma feminilidade que represente os desejos das mulheres de modo a ter maior valor diante da vontade de estar viva. A feminilidade está para o processo de subjetivação tal qual a fé na vida. O que provocou, por fim, uma reflexão da importância atribuída às diferentes representações de feminilidades.

## **CAPÍTULO 1. DA PREVENÇÃO AO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA: PRÁTICAS INCORPORADAS**

Pelo fato de que se movimenta sempre entre e em relação a outros seres atuantes, o ator nunca é simples "agente", mas também, e ao mesmo tempo, paciente. Agir e padecer são como as faces opostas da mesma moeda, e a história iniciada por uma ação compõe-se de seus feitos e dos sofrimentos deles decorrentes (Arendt, 2007, p. 203).

Este capítulo teve como objetivo apresentar o processo de institucionalização das organizações em saúde e a especificidade do câncer de mama a fim de analisar a incorporação de práticas que dizem respeito a um cuidado de si. A prevenção desta enfermidade tem uma história, vinculada ao desenvolvimento de tecnologias e políticas públicas, que parece garantir uma preservação da feminilidade difundida hegemonicamente. Há uma incorporação da ideia de um diagnóstico precoce que tem no cuidado de si uma responsabilização das mulheres na busca pelo exame mamográfico. Isto pôde ser entendido diante das justificativas sobre uma observação do próprio corpo considerada a atitude não negligente quando buscado atendimento médico, assim como seguidas as orientações da equipe médica que se constituiu após o diagnóstico de câncer de mama. Entretanto, uma responsabilização se expressa nos sentimentos de culpa e pavor intrínsecos a histórica "cultura rosa" que apregoa um otimismo diante de uma segurança garantida pelos discursos médicos para a busca por um diagnóstico precoce.

Uma perspectiva da política pública sobre o câncer no Brasil se legitimou somente em 1988 com a publicação da Constituição. Os investimentos em saúde pública sobre o câncer competiram com os problemas mais frequentes resultantes das doenças endêmicas de caráter viral e bacteriano. As primeiras atenções podem ser datadas do final do século XIX com a criação de um laboratório de microscopia clínica e bacteriologia para o serviço sanitário do exército ocupado com um estudo microbiológico da sífilis e do cancro (Brasil, 1894).<sup>1</sup> O contexto se deu na, então capital do país, no Rio de Janeiro, por meio da

---

<sup>1</sup> Segundo informações no site do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA) sobre a história da instituição, Álvaro Alvin foi o pioneiro a ter um aparelho de radiografia no seu consultório de fisioterapia no ano de 1897, e a física Marie Curie, cientista responsável pelo desenvolvimento desta técnica, esteve no Instituto Radium de Belo Horizonte em 1926. As primeiras instalações ocupadas com cânceres datam de

Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), ocupada com os estudos sobre doenças transmissíveis e na realização de eventos para discutir sobre a estruturação sanitária com um enfoque na higiene pública, particularmente sobre hanseníase e sífilis (Teixeira, 2012). Tal organização proporcionava entender a representação contagiosa atribuída aos "cancerosos", como eram identificadas as pessoas acometidas pela enfermidade, quando o DNSP era subdividido em delegacias sanitárias e estava subordinado ao Ministro da Justiça e Negócios Interiores.

O decreto nº 14.354, de 1920, que regulamentava o DNSP, elencava as seguintes profilaxias: febre amarela, peste, cólera, tifo, varíola, difteria, infecção puerperal, oftalmia de recém nascidos, febre tifóide e infecções paratípicas, lepra, tuberculose, câncer, impaludismo, escarlatina, sarampo, disenteria, meningite, paralisia infantil, tracoma, leishmaniose, coqueluche e doenças venéreas. No caso do câncer, era de responsabilidade da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas a notificação, ainda que não obrigatória, no que incorria em multa e pena a depender do caso. Como a enfermidade ainda não tinha orientações adequadas, o capítulo que trata de sua profilaxia dizia da importância de "campanha de educação higienica contra o cancer" sob três itens: eliminar causas predisponentes e manifestações pré-cancerosas; atentar sobre possibilidades de cura desde que precocemente diagnosticado e tratado adequadamente; e, por fim, indicar o dever de procurar médico qualificado sob o perigo de charlatanismos.

De modo geral, devido a distribuição de inspetorias e constituídas delegacias de saúde, uma organização policial orientou as medidas sanitárias nesta lei. Existiam estabelecimentos para o necessário isolamento visando eliminar contágios. Eram colônias agrícolas, sanatórios e asilos, conforme elencados no artigo 387. Já no artigo 933, havia a definição de indesejáveis aos imigrantes "cancerosos". Em 1928, o decreto de nº 18.384 exigiu, de imigrantes, um atestado negativo para câncer.

No que diz respeito ao tratamento, o DNSP, mais tarde somente Departamento Nacional de Saúde (DNS), apresentou um projeto que visava uma política pública específica ao câncer com vistas à implantação de um Centro de Cancerologia no Distrito

---

1922, com o Instituto Radium de Belo Horizonte, o Instituto do Câncer, junto da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de 1929 e, de 1937, na enfermaria do Hospital Estácio de Sá, no Rio de Janeiro. A primeira Liga Brasileira contra o Câncer data de 1934 no Rio de Janeiro. Em 1936, foi criada a Liga Baiana Contra o Câncer pelos sócios da Sociedade de Ginecologia da Bahia e a atuação culminou, somados recursos do governo estadual e do Serviço Nacional do Câncer (SNC), na construção de um hospital inaugurado em 1952. Por meio deste serviço, foram destinados créditos para a formação de médicos em outros países para regulamentarem cursos sobre câncer no Brasil, mais particularmente para incorporar a técnica de radiografia.

Federal. Foi por meio de crédito público que o médico Mário Kroeff, nomeado diretor deste centro, durante uma especialização no estudo de doenças venéreas, em 1924, aplicou eletrocirurgia sobre tumores cancerosos, reconhecido para dar continuidade com a formação de profissionais. Segundo o estudo de Teixeira (2012), no início do século XIX, os diagnósticos de tumores eram tratados paliativamente ou, conforme as lesões, eram extirpados. No final deste século, foram registrados procedimentos de remoções radicais em mulheres: histerectomias, nos casos de câncer de colo do útero, e mastectomias, para o câncer de mama.<sup>2</sup>

Se o câncer era atribuído como uma doença civilizacional que atingia populações das regiões mais industrializadas conforme o envelhecimento das pessoas, o diretor da inspetoria citada, Eduardo Rabello, atentou, em 1928, que era preciso providências a respeito dos riscos de câncer como um problema de saúde pública e, por isso, se fazia necessário o aprimoramento de levantamentos estatísticos<sup>3</sup>, o que foi corroborado, em 1934, pelo fundador da Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), Antônio Prudente, somado às intenções de campanhas contra a doença. A especificidade no atendimento aos cânceres se deu paulatinamente na transferência das denominadas "divisões nacionais" para o Instituto Nacional de Câncer (INCA)<sup>4</sup>, denominação dada em 1961 para o Instituto de Câncer e Hospital de Cancerosos, de 1925, com ações concentradas para a profilaxia e tratamento no Centro de Cancerologia sob a direção de Kroeff.

Segundo Teixeira (2012), uma modernização no controle dos cânceres se concentrou em instituições filantrópicas, o que afirmou se constituir como significativo,

---

<sup>2</sup> Destaque foi dado nesta pesquisa de Teixeira (2012) sobre a formação de ligas femininas, dentre outras ligas médicas, que se responsabilizaram, principalmente, com a divulgação de campanhas de prevenção. Em especial a Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC) com a formação da Rede Feminina, em 1940, que teve a adesão de mais de 25 mil mulheres na campanha "Mês do Câncer". O que implicará em um movimento que veio a questionar a técnica "radical" da mastectomia, ainda que prioritário o debate sobre prevenção e diagnóstico precoce.

<sup>3</sup> No que diz respeito aos dados estatísticos sobre cânceres, ainda que existisse um setor de registro desde a criação, em 1941, da Divisão Nacional do Câncer junto ao SNC, o trabalho de Telma Ruth Silveira, no início da década de 1980, junto ao INCA, sob o treinamento de Alba Lúcia Maya, representante da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), da Organização Mundial da Saúde (OMS), foi fundamental para a definição de normas técnico-operacionais aos Registros Hospitalares de Câncer (RHC). A informatização dos RHC passou a ser obrigatória assim como o repasse dos dados para o INCA, responsável pela integração e disponibilização pública por meio do sítio eletrônico deste instituto.

<sup>4</sup> O INCA, com homenagem em 2011 ao ex-vice presidente José Alencar, que na ocasião completaria 80 anos, reconhecidas suas declarações otimistas durante seu tratamento contra o câncer, passou a ser denominado Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva.

pois o período da ditadura civil-militar freou a concepção do câncer como um problema de saúde pública. Argumentava-se que o câncer, já constatado não ser uma doença contagiosa nem epidêmica, não deveria ser legislado como de responsabilidade governamental. Deste modo, centros especializados, sejam hospitais ou laboratórios, sem nenhuma integração com uma perspectiva de saúde pública, contribuiriam para a manutenção de uma perspectiva privatista. O que foi alterado com o "movimento sanitário" junto às propostas reformistas para a denominada redemocratização e o processo constituinte que culminou na Constituição de 1988.

As primeiras intervenções cirúrgicas se deram em cânceres femininos, comumente extirpados, a mastectomia e a histerectomia, e as técnicas radiológicas começaram a ser aplicadas, somado ao estabelecimento de ambulatórios preventivos para análises citológicas, sob a técnica de coleta Papanicolau<sup>5</sup>, que contou com o apoio de recursos governamentais para a divulgação de campanhas para o chamamento de uma rotina preventiva. O que deve ser reconhecido ao trabalho de mais de 15 (quinze) ligas femininas, formadas desde a década de 1950, para a popularização desta técnica na década de 1970.<sup>6</sup>

Na luta por reconhecimento como uma pauta de saúde pública, pode-se destacar o Plano Nacional de Combate ao Câncer, criado em 1973, o Programa Anual de Trabalho da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, aprovado em 1984, e a instauração do Programa de Oncologia (Pro-Onco), sob a gestão do INCA, em 1987.<sup>7</sup> Uma especificidade para a saúde da mulher pôde ser observada com o programa de rastreamento do câncer do

---

<sup>5</sup> Nome atribuído por George Papanicolau, médico grego, que desenvolveu, em 1942, esta técnica que coleta secreção vaginal para exame celular. Sua contribuição, até os dias atuais, se dá para a citologia indicar possível diagnóstico de câncer no colo do útero.

<sup>6</sup> Destaque foi dado a Fundação das Pioneiras Sociais, criada em 1956 durante o governo de Juscelino Kubitschek, especialmente com o apoio de sua esposa Sarah, afetada com a morte da mãe vitimada por um câncer ginecológico, e teve sua nova unidade, em 1957, junto ao Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, dedicado a prevenção do câncer de colo do útero. Conforme o artigo 41 da lei 8.080, de 1990, que dispõe da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Fundação das Pioneiras Sociais e o INCA permaneceram como "referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia" (Brasil, 1990). Este centro foi incorporado ao INCA em 1992, conforme Portaria nº 968, de 10 de setembro.

<sup>7</sup> A Portaria 707 do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (MS), instituiu o "Dia Nacional de Combate ao Câncer", a ser comemorado no dia 27 de novembro, em 9 de dezembro de 1988, que versou sobre a finalidade de evocar o importante significado histórico das entidades dedicadas ao combate dos cânceres, assim como teve como objetivo consagrar os serviços prestados ao país, especialmente na mobilização popular aos aspectos educativos e sociais na luta contra o câncer. O Pro-Onco, criado em 1986, iniciou campanha de prevenção ao câncer de mama com folheto que orientava o autoexame e, como pode ser visto no trabalho de Teixeira e Fonseca (2007), a frase em destaque: "O câncer de mama tem cura, mas você tem que fazer a sua parte", emite uma responsabilização individual que deve ser aclamada para indicar a busca pela detecção precoce.

colo do útero denominado Viva Mulher, do ano de 1997, resultante de maior compreensão do *Human papillomavirus*, o vírus HPV.<sup>8</sup>

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) orienta que a investigação por meio da radiografia das mamas, a mamografia, se dê a partir dos 40 anos, mas no caso do SUS, a partir de 2015, o exame antes dos 50 anos foi evidenciado como desnecessário. O que se repetiu, conforme a pesquisa coordenada por Migowski *et al.* (2018) para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC). Constatou-se que esta técnica não apresentou uma redução significativa da mortalidade geral em um seguimento de 13 anos: uma diferença de 0,05% no risco de morte. Este estudo afirmou que a indução de radiação, no caso da realização da mamografia anual, entre os 40 até os 80 anos, contribuiria para 20 a 25 casos fatais de câncer.<sup>9</sup> A conclusão foi de ser mais comum resultados falso-positivos podendo ainda haver sobrediagnóstico e sobretratamento, ou seja, diagnósticos e tratamentos desnecessários. Em resumo, essas pesquisas afirmaram maior benefício na faixa etária de 60 a 69 anos e menor entre 40 a 49 anos, e que maior parte de falso-positivos se dão nas mais jovens devido à maior densidade mamária que interfere na detecção no mamógrafo. Logo, a controvérsia sobre a redução da mortalidade por meio do rastreamento mamográfico persiste e a recomendação visa evitar os riscos da contaminação por radiação, já que é necessário maior radiação para considerar a densidade da mama.

A SBM, no ano de 2015, contribuiu para justificar o que constou no projeto de lei, nº 3.010, que definiu diretrizes para campanhas de prevenção, uma "promoção da conscientização" conhecida como "Outubro Rosa". Conforme a pesquisa de Gayle Sulik (2011), o contexto de constituição do que chamou de *pink ribbon culture*<sup>10</sup>, se fez com a

---

<sup>8</sup> No contexto de prevenção do câncer de colo do útero, destaca-se o Programa Viva Mulher, de 1998, uma discussão iniciada em 1997, com o projeto de lei da deputada Maria Elvira (PMDB/MG), posteriormente aprovado sob a Lei de nº 9.797, de 1999, que dispôs sobre a cirurgia plástica reparadora da mama decorrente de mutilação. Como o câncer de mama foi incluído no rol de enfermidades classificadas como multifatoriais, uma complexidade para prosseguir com um atendimento oncológico, condizente com uma certa garantia de qualidade de vida, se evidenciou devido ao avanço dos tratamentos. Em 2005, a Portaria de nº 2.439, de 08 de dezembro, estabeleceu uma Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO): Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a fim de orientar sobre esta complexidade. E em 2006, o Pacto pela Saúde (Portaria 95 MS/INCA) definiu a participação das instituições para estabelecer prioridades, objetivos e metas por meio de indicadores de monitoramento e avaliação, definindo assim as diretrizes e os prazos. Mais tarde, em 2008, denominaram Pacto pela Vida (Portaria 325 MS/GM).

<sup>9</sup> Para justificar tal conclusão, o estudo considerou ensaios clínicos de uma pesquisa publicada em 2014 no Canadá, com seguimento por 25 anos, onde confirmaram que 50% das detecções mamográficas foram sobrediagnósticos. E numa pesquisa de 2016, exclusivamente em mulheres entre 40 a 49 anos, 100% foram considerados sobrediagnósticos, sendo que dentre as de 50 a 59 a detecção se deu em 44% das mulheres.

<sup>10</sup> Sigo a tradução de *pink ribbon culture* como "cultura rosa" por pensar suficiente, mais particularmente, porque mesmo com a ausência da fita, do laço, diz respeito a uma produção de feminilidade (Vásquez, 2017).

patente da fita rosa pela Fundação Susan Komen, um ícone para a promoção de corridas, nos anos 2000. O sistema cultural constituído pela "cultura rosa" se fortaleceu com o *marketing* das corridas que, segundo dados de 2007 apresentados por Sulik, arrecadou por volta de 250 milhões de dólares. Foram oito anos de observação etnográfica, análises e entrevistas com sobreviventes, apoiadores, defensores e cuidadores no contexto estadunidense, ao que a pesquisadora identificou uma mobilização que se instaurou como uma cultura preventiva por meio de um consumo público do exame mamográfico. Para Sulik, na década de 1970, essa promoção contribuiu para uma dependência das mulheres a uma medicina paternalista sob referências fundamentalmente associadas ao "otimismo, ao progresso científico, à generosidade e a capacidade para enfrentar qualquer desafio" (Sulik, 2011, p. 361).

Ainda que tenha contribuído para afastar o tabu do câncer como uma sentença de morte e, assim, maximizando benefícios e minimizando os custos, Sulik afirmou da promoção de uma mística feminina. Uma quantidade substancial de dinheiro para programas de apoio chamou a atenção para milhões de sobreviventes representadas sob uma aparência socialmente aceitável como símbolo de luta ou vitória ao mostrar um corpo com cicatrizes, ou desfigurado devido a retirada das glândulas mamárias, com o uso de perucas, maquiagem, sutiãs com enchimento e também a reconstrução mamária. Pode-se dizer que tal promoção ainda contribuiu para remover o estigma de uma doença que passou para a esfera pública e, por isso, é preciso apresentar a sobrevivência com um otimismo expresso no orgulho da transformação mesmo diante de um "perigo mortal".

Considerando importante o reconhecimento deste tipo de campanha, Sulik concluiu ser necessário, ainda, uma orientação para um estilo de vida que mencione as relações da enfermidade com produtos químicos utilizados no cotidiano, seja no ambiente doméstico ou no trabalho, a poluição do ar e da água potável, os usos de pesticidas e os compostos endócrinos na produção alimentícia. Sua análise apresentou como a "cultura rosa" contribuiu para "estabelecer um consenso simbólico sobre como lidar com o câncer, criando garantia diante da incerteza"<sup>11</sup> (Sulik, 2011, p. 75), normalizando expectativas e estereótipos de gênero sob as noções de iniciativa, controle, racionalidade e performance para uma submissão aos métodos agressivos de tratamento. "O *kitsch rosa* produz

---

<sup>11</sup> Todas as traduções de excertos de obras referenciadas em outros idiomas que não o português presentes nesta tese são de tradução próprias, salvo quando expresso o contrário.

visibilidade e compensa o medo" (Sulik, 2011, p. 142) de modo a justificar e ajustar as expectativas pessoais e sociais acerca dos papéis e das responsabilidades que, em potencial, atribui uma culpa diante da causalidade incerta dos fatores de risco associados aos fatores reprodutivos, às mutações genéticas, às terapias de reposição hormonal, ao consumo de álcool etc. (Sulik, 2011, p. 249).

Soma-se a isso as poucas iras e queixas diante de causas ambientais, o baixo número de relatos sobre as dores, o tempo perdido e os efeitos corporais dos tratamentos, como afirmou Celmira Vásquez (2017) sobre uma invisibilização de experiências não homogeneizadoras. Isto porque, como analisou, ainda que o movimento de luta contra o câncer de mama seja importante para a interação, a ajuda mútua, a criação de consciência e apoio social,

Só há bons testemunhos de mulheres "sobreviventes". O efeito dessa "cultura" implacável é transformar o câncer de mama em um **rito de passagem**, não em uma injustiça ou tragédia para as mulheres. A mensagem é clara: as mulheres podem desafiar as inevitáveis desfigurações da enfermidade e ressurgir como "sobreviventes" mais bonitas, sexys e femininas (Vásquez, 2017, p. 1349, grifo próprio).

No que se viu, como apontou Samantha King (apud Sulik, 2011) sobre uma economia política do câncer de mama, como um discurso "comemorativo" de sobrevivência, intrínseco a um incentivo de comportamento individual de coragem, o que beneficiou as corporações que visavam uma filantropia corporativa estratégica cooptando o movimento do câncer de mama para uma indústria do câncer. Deste modo, afastou a atenção sobre as causas ambientais, sistêmicas e ao contínuo declínio do financiamento público no apoio às pesquisas e aos serviços de saúde. Ademais, não havendo um investimento nos estudos sobre a diversidade das experiências de mulheres com câncer de mama, uma feminização da doença produziu uma feminilidade rosa qualificada na identidade da sobrevivente.

Ao confiar na visão e nos sentidos, o efeito da cultura rosa ilude a justificativa empírica. [...] Com a cultura rosa operando tão bem no nível simbólico, não precisa estabelecer validade ou fornecer evidências falsificáveis. Embora a própria empresa médica se baseie em um compromisso com o discurso racional e conclusões baseadas em evidências, esta não é sua função primária na cultura rosa. A informação é usada para corroborar respostas sensoriais e reforçar as crenças

existentes para criar o efeito da cultura rosa. **Aqueles que chegam a conclusões diferentes, mesmo com evidências científicas, são uma ameaça à cultura** (Sulik, 2011, p. 364, grifo próprio).

Especialmente para eliminar o estigma da doença, uma abordagem estética que conservasse uma feminilidade tradicional foi identificada na sobrevivente, sendo agradável evocar, junto da cor rosa, bondade, moralidade, beleza e nutrição. Assim, se afirmava a confiança com base em uma fé na ciência médica para a esperança de um futuro sem câncer de mama. Constatado, especialmente na década de 1990, o empoderamento de uma retórica que obscureceu o real impacto da enfermidade nas mulheres, logo

O legado da alta sociedade e da influência social une-se às normas estéticas para produzir um movimento social focado na imagem. Os almoços, chás, bailes de gala, desfiles de moda, torneios de tênis e golfe, e outros assuntos elegantes concedem *status* social ao movimento, ao mesmo tempo em que o fundamentam solidamente na feminilidade tradicional. É claro que a feminilidade tradicional decorrente da era vitoriana também é branca, heterossexual e de classe alta. [...] Para abrir o movimento do câncer de mama para uma adesão mais diversificada, muitas organizações dentro da cultura rosa incorporaram um modelo de saúde pública de competência cultural. Esse modelo incentiva os profissionais de saúde e as organizações a tornar suas práticas mais acessíveis, cultural e linguisticamente (Sulik, 2011, p. 40).

A crítica de Sulik, em suma, apontou um debate minoritário sobre as barreiras estruturais e os conflitos de interesse relativos ao acesso aos tratamentos e cuidados de qualidade, somada à necessidade de mais recursos para prosseguir com um protocolo mais seguro e eficaz. Neste sentido, o câncer é um sofrimento social que parece ser particularizado nas campanhas de prevenção porque às mulheres há uma implicação individual sobre os cuidados, exigidos por uma rotina médica, nem sempre coerente com o cotidiano de atividades. Ou seja, a feminilidade estabelecida como dominante e exaltada atravessou, mesmo que de forma simbólica, de modo a intervir nas decisões sobre prevenção, diagnóstico e, até mesmo, tratamento da enfermidade. Tanto que na contracorrente dos argumentos sob uma "cultura rosa", Sulik mencionou as experiências de Rose Kushner, Audre Lorde e Barbara Ehrenheit como reflexões críticas não representativas, portanto minimizadas diante de uma hegemonia otimista na expressão do câncer de mama.

Em 1975, a jornalista Rose Kushner, publicou o livro intitulado "Câncer de mama: um relatório de investigação e história pessoal" (tradução própria), sobre a sua experiência desde o diagnóstico em 1974. Segundo Lerner (2001) e Sulik (2011), a prática médica da biópsia deve ser reconhecida devido ao ativismo de Kushner que teve de convencer profissionais médicos ao encaminhamento de material questionando a decisão da intervenção cirúrgica "radical".<sup>12</sup> As pesquisadoras inferem sobre uma conspiração masculina contra as mulheres já que submetidas a mastectomia radical sem avaliações pormenorizadas disponíveis tecnologicamente. O que pôde ser entendido quando Kushner tentou contatar Betty Ford, primeira-dama na época, para evitar o imediatismo na aceitação da mastectomia radical, e sendo recebida por um representante, no caso era Milton Friedman, economista do governo, obteve a seguinte resposta: "Sinto muito. O presidente tomou sua decisão". Enfurecida por a "sordidez-chauvinista-masculina", escreveu: "Esta ligação tem que ser gravada em algum lugar como a declaração sexista de todos os tempos sobre a falta dos direitos da mulher" (Sulik, 2011, p. 179).<sup>13</sup> Como co-fundadora da "Aliança Nacional de Organizações de Câncer de Mama", firmada em 1986, Kushner visou reforçar a ideia da avaliação e do suporte social às mulheres diagnosticadas.

De outro modo, "The Cancer Journals"<sup>14</sup>, de Audre Lorde, publicado em 1980, relatou a insatisfação com a tentativa de uma voluntária do *Reach to Recovery* submetê-la ao uso de uma prótese externa, rosa, tão logo se recuperava da cirurgia no ambiente hospitalar. Em uma consulta posterior, contou como a interpelação da secretária da clínica médica, ao aconselhar a não comparecer sem a prótese, diante da "falta" do uso de um enchimento, a fez se sentir como se tivesse cometido um atentado contra a moral.

A jornalista Barbara Ehrenreich, em artigo de 2001, intitulado "Welcome to Cancerland"<sup>15</sup>, denunciou o que denominou um *ethos* de normalização do câncer sob o estímulo para uma experiência positiva, invejável e vitoriosa. Afinal, há uma cumplicidade

---

<sup>12</sup> O exame patológico de Kushner indicou um câncer de um centímetro e uma negativa malignidade nos linfonodos axilares.

<sup>13</sup> Pelos direitos de pacientes, Kushner também impunha críticas sobre a prostatectomia radical que, comumente, levava à incontinência urinária e à impotência. A jornalista foi muito respeitada e até mesmo trabalhou junto ao Instituto Nacional do Câncer (NCI em inglês), mas era açoitada em muitos círculos médicos, apesar de parcerias importantes, como mencionado no livro de Mukherjee, que será apresentado no próximo capítulo.

<sup>14</sup> Acessada a tradução em espanhol, da escritora, "Los diarios del cáncer", da Hipólita Ediciones, de 2008.

<sup>15</sup> O texto foi publicado na Harper's Magazine, no ano de 2001.

com um envenenamento global, uma vez que são parcas as políticas que fazem referência às questões ambientais, especialmente condições alimentares e de trabalho.

Em resumo, assim como analisou Celmira Vásquez (2017), um caráter de movimento social se deu sobre o câncer de mama, no entanto, um movimento de consenso com estratégias pacíficas entre reivindicações de apoio público, institucional e financeiro que, em síntese, é um movimento essencialmente assistencialista. As metáforas bélicas são divulgadas de formas educativas a respeito de um empoderamento e do otimismo diante do processo saúde-doença. A luta contra o câncer de mama deve expressar o otimismo da pessoa que sobreviveu ao invés de visibilizar condições que possam vitimizar, ao que visa remeter a uma responsabilidade individual para dar seguimento nos cuidados diante do diagnóstico.

Do desenvolvimento de normativas para orientar os cuidados de pessoas com câncer, as diretrizes brasileiras para a atenção ao câncer de mama têm um cunho multifatorial expresso no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos Não Transmissíveis (Plano de Dant) (Brasil, 2021), iniciado em 2011, que converge os trabalhos de entidades médicas, instituições de pesquisa e ensino e demais organizações representativas junto do Ministério da Saúde. A recente publicação, que vincula a Agenda 2020-2030 dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável, fez uma contextualização da implementação das ações. Como o câncer de mama é a neoplasia maligna que ocupa o primeiro lugar de morte entre mulheres acometidas, está dentre as estratégias o tratamento de 100% das mulheres, mas especialmente visa dar continuidade à cobertura mamográfica conjuntamente à prevenção por meio dos incentivos à uma alimentação rica em hortaliças e frutas, à prática de atividades físicas e a eliminação do tabagismo e do consumo de álcool.

Ainda com o avanço tecnológico a garantir a eficácia no tratamento, como doença crônica, o câncer de mama acarreta limitações e incapacidades. Não somente sobre a qualidade de vida, as legislações específicas que dispõe sobre a reconstrução mamária vão mencionar a autoestima como um fator central na justificação para a reabilitação, como se verá em projetos de lei que seguiram com alterações, não somente para o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei nº 9.797/1999, mas também para os planos privados de saúde, na Lei nº 9.656/1998. Tais questões serão discutidas no capítulo

3, sendo a feminilidade analisada conforme as justificações nos projetos de lei a fim de refletir sobre a garantia do atendimento oncológico.

### **1.1. Cuidado de si e responsabilização pelo câncer de mama**

Uma inseparabilidade entre saúde e doença está justificada nos dualismos constitutivos de explicações científicas, marcadamente oriundo da Modernidade que, sob uma perspectiva funcionalista, organizou métodos e técnicas que obscureceram a moralização e domesticação das classes populares (Boltanski, 1989). Assim, noções de corpo e mente, vida e morte, foram determinadas sob uma ordem biológica e uma ordem cultural que vai expressar uma substância ética na constituição de uma cultura somática com a competência médica para definir as formas de trabalho sobre si mesmo. O que se pode atribuir para as demais disciplinas científicas que tratam do corpo que, em síntese,

[...] diferentes tipos de demanda social definem eles próprios as formas e as categorias de percepção do corpo de outrem: porque as taxinomias e categorias de percepção do corpo constituídas e utilizadas pelos membros dessas disciplinas são engendradas por sua prática específica e pela situação em que ela se exerce, enfim, porque elas se fundamentam na necessidade prática de dominar o corpo em situação, ou seja, muitas vezes (e principalmente na relação médico-paciente) de dominar a situação, as problemáticas particulares a cada uma dessas disciplinas – (que em geral não existem senão em estado implícito ou semi-sistemático), tendem a reduzir o corpo inteiro a uma única de suas propriedades ou de suas dimensões (Boltanski, 1989, p.115-116).

Por isso, sob uma Sociologia do Corpo, este campo que justapõe ciências, analiso o que é incorporado, ações que, sobre uma ordem biológica e uma ordem cultural, podem ser retraduzidas em regras, obrigações, interditos, repulsões, desejos, gostos ou desgostos. Fiquei a pensar sobre os sentidos atribuídos pelas colaboradoras conforme "tratadas" como pacientes diante de uma necessária agência implicada no cuidado de si diante de um tratamento que passa pelo reconhecimento da doença e de um processo de adoecimento. Isto porque, como afirmou Michel Foucault (2014, p. 123), a subjetividade, pensada como uma qualidade em processo, será uma expressão da moral das condutas e dos esforços que encontra na aplicação a si o que pode permitir-lhe sujeitar-se a regras e finalizar sua existência. Daí, para uma análise de processos de incorporação, que vão compor processos de subjetivação sob os quais técnicas da vida, expressas em práticas corporais, serão

orientadas de modo a uma normalização de cuidados que vão expressar uma cultura somática.

Um cuidado de si diz respeito ao desenvolvimento de capacidades. Ser capaz de "enfrentar a batalha" contra o câncer é parte de um processo de subjetivação desde a busca por exames clínicos para seguir o protocolo de detecção precoce, à incorporação da mamografia e, caso haja um diagnóstico de câncer, o protocolo de tratamento vai, do mesmo modo, ser incorporado para a "conquistar a batalha" contra a doença. As orientações para as intervenções cirúrgicas, intervenções no corpo, seguidas ou não das terapias, vão acometer tantos atravessamentos rotineiramente verificados nos exames da paciente oncológica. Identificar-se como paciente contribui no agenciamento para um seguimento do protocolo de modo a expressar uma responsabilidade sobre si mesma. Deste modo, práticas de si vão denotar uma subjetividade corporificada que vem a ser uma encarnação que refletirá a inseparabilidade entre corpo e alma/mente, entre desconhecer e reconhecer uma comunhão que dá sentido a uma estima de si (Selgas, 1994; Ricouer, 2014).

Na medida em que há o adoecimento, o sofrimento apresenta condições distintivas na demanda do reconhecimento da doença e de questões intersubjetivas que acometem a experiência interpessoal (Kleinman, 1998). Por isso, uma reflexão sob um caráter processual das relações entre saúde e doença me proporcionou entender as transformações nos sentidos a respeito da vida diante das intervenções no corpo. Ter um diagnóstico de uma enfermidade é coerente com definir o que é vida e, conforme o processo de adoecimento, como dito por Georges Canguilhem, "o estado mórbido é sempre uma certa maneira de viver" (Canguilhem, 2009, p. 92) e

[a] doença é ainda uma norma de vida, mas uma norma inferior, no sentido que não tolera nenhum desvio das condições em que é válida, por ser incapaz de se transformar em outra norma. O ser vivo doente está normalizado em condições bem definidas, e perdeu a capacidade normativa, a capacidade de instituir normas diferentes em condições diferentes (Canguilhem, 2009, p. 71).

E reconhecer a doença vai significar uma lide com a normatividade da vida, ou seja, a materialização de uma "nova ordem vital", que expressa uma capacidade normativa para ter saúde, ainda que coabitada com a doença. Entretanto, "[n]ão há desordem, há

substituição de uma ordem esperada ou apreciada por uma outra ordem que de nada nos serve e que temos de suportar" (Canguilhem, 2009, p. 73); e é sabido o quanto a saúde passa a ser palavra de "ordem" nas preocupações do sujeito nesta era contemporânea (Courtine, 2011). Sofrimentos, como a dor, deixam de ser aceitáveis, e uma vez podendo ser evitáveis, altera o modo de lidarmos com o processo de adoecimento. E mesmo no âmbito da cura, uma nova saúde não é a mesma que a antiga, pois, ainda seguindo Canguilhem, há perdas essenciais para o indivíduo ao mesmo tempo do "aparecimento" de uma "nova ordem", de uma "nova norma" individual, de novas constantes e,

[...] apesar de não admitir restabelecimentos, a vida admite reparações que são realmente inovações fisiológicas. A redução maior ou menor dessas possibilidades de inovação dá a medida da gravidade da doença. Quanto à saúde, em seu sentido absoluto, ela nada mais é que a **indeterminação inicial da capacidade de instituição de novas normas** biológicas (Canguilhem, 2009, p. 77, grifo próprio).

Com o diagnóstico, uma normalização vai exigir uma autoidentificação como paciente, visando a paciência para deixar atravessar normas expressas em protocolos. Quando Canguilhem entendeu que há uma problemática da separação entre o normal e o patológico, como imprescindível para compreender a saúde, afirmou sobre esta definir a capacidade de muitas normas, de estar além do normal ou desviar-se da norma em vistas da

capacidade de superar as crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga. Sem intenção de brincadeiras, a saúde é o luxo de poder cair doente e de se levantar. Toda doença é, ao contrário, a redução do poder de superar outras. O sucesso econômico dos seguros de saúde repousa, no fundo, no fato de que a saúde é biologicamente garantia de vida, geralmente aquém de suas possibilidades, mas eventualmente superior a suas capacidades "normais" (Canguilhem, 2011, p. 183).

A fronteira entre saúde e doença vai representar uma linha tênue diante das formas de trabalho com o tratamento, em muito, visando a cura, uma experiência que vai exigir uma reflexão a respeito dos discursos sobre o câncer de mama. E, de modo geral, as práticas sociais têm, nas metáforas da enfermidade e nas orientações para a prevenção e o tratamento, representações de um cuidado de si atravessado por justificações sobre a feminilidade. Neste sentido, a feminilidade terá um constructo significativo para uma

atribuição de saúde ou doença diante da visibilidade das intervenções, dos efeitos do tratamento e das sequelas corporais.

Diante de condições variadas de desvios e normas, estamos falando sobre vivências que tiveram outros sentidos atribuídos a partir do diagnóstico. E está na intersubjetividade o reconhecimento de responsabilidades mútuas das pessoas que ora são enquadradas como agentes ora pacientes, neste processo de adoecimento (Ricoeur, 2014; Butler, 2019). Se o adoecimento é um fenômeno composto de articulações de enunciados que visam orientar as práticas sociais dos sujeitos, o processo de subjetivação conta com o agenciamento de experiências para articular enunciados de modo a produzir representações que possam contribuir para justificar as atribuições que vão demandar as intervenções corporais. Tal justificação diz respeito aos sentidos atribuídos que dão estrutura à sociedade por meio de normativas implicadas em questões moral, médica e política, entre outras. Estas questões são inseparáveis ao se avaliar um estilo relacional de sofrimento (Kleinman, 1998) que, de algum modo, é institucionalizado por meio dos protocolos e diretrizes que visam "restabelecer" a saúde.

Ainda que uma determinada porção do mundo experimentado seja privado, parte é social, comum, e, por isso, pode ser formulado cientificamente a fim de analisar as transformações inerentes a reconstrução de si e da sociedade (Mead, 2021). Logo, a intersubjetividade é a forma que se constitui a relação com o ambiente. A dimensão social para uma análise da formação da autoconsciência humana está vinculada ao processo de formação da consciência de si mesmo no que depende da existência de um interlocutor, de um segundo sujeito, que oferece a possibilidade de uma percepção autoconsciente da ação do sujeito a partir da perspectiva do outro. Conjugando uma reflexão com base na teoria da intersubjetividade de George Mead (2021), nesse processo de interação estão colocadas duas dimensões do sujeito, o “Me” e o “Eu”, que dialogam. O “Me” sintetiza a imagem que o interlocutor tem de mim, como algo estático, consolidado, enquanto o “Eu” compreende as possibilidades criativas de resposta aos problemas práticos. Com Mead, componho a que ter consciência de algo se relaciona com determinados valores, com as experiências passadas, para dar uma forma ao que nada mais é que uma racionalização, pois há valor atribuído. Nestes termos:

Se a consciência é uma substância, pode-se dizer que essa consciência é racional por si mesmo, e com essa definição evitamos o problema do

aparecimento daquilo que chamamos de racionalidade. O que tentei foi devolver a racionalidade a um certo tipo de conduta, aquele tipo no qual o indivíduo se coloca na atitude do grupo inteiro ao qual pertence. Isso implica que o grupo inteiro está envolvido em alguma atividade organizada e que nela a ação de um membro mobiliza a ação de todos os outros. Aquilo que denominamos "razão" aparece quando um dos organismos assimila em sua própria resposta a atitude dos outros organismos envolvidos. É possível ao organismo assumir as atitudes do grupo envolvido em seus próprios ato, no contexto da totalidade desse processo cooperativo. Quando faz isso, é o que designamos como "um ser racional". Se sua conduta contém essa universalidade, também tem necessidade; quer dizer, aquela espécie de necessidade envolvida no ato como um todo: se alguém age de um modo, os outros devem agir de outro. Agora, se o indivíduo é capaz de adotar a atitude dos outros, controlar a sua ação por meio dessas atitudes e a ação deles por meio da sua, então temos o que se chama de "racionalidade" (Mead, 2021, p. 290).

A prevenção, deste modo, está implicada na representação de saúde e nas justificações expressas sobre o "cuidado de si" que é efeito de um conjunto de dispositivos apropriados, incorporados, entretanto, conscientemente ou não, encarnados. A incorporação do protocolo preventivo em prol da detecção precoce faz parte dos "exames de rotina" a que as colaboradoras relataram, mesmo consideradas algumas diferenciações conforme o atendimento nos setores público e privado de saúde, neste caso, acessado via plano e/ou recursos particulares. Tais diferenças se deram no encaminhamento para exames, após a passagem clínica, como a ultrassonografia, mamografia, ressonância magnética e/ou biópsia, e o tempo de espera dos resultados destes exames para o diagnóstico e a decisão sobre o procedimento cirúrgico.

Dentre as 10 colaboradoras desta pesquisa, 7 afirmaram a prática de autoexame entre os tipos de exames realizados, ainda que buscaram atendimento médico após a sensação de caroço ou nódulo, como foi relatado por Carla (32), Carolina (34), Raquel (34), Elisa (35), Nélida (37), Virginia (43) e Cora (54). Um "achado" por meio de exame mamográfico "de rotina" se deu nos casos de Clarice (41), Lygia (46) e Adélia (56)<sup>16</sup>. O quadro abaixo ilustra as informações sobre os procedimentos preventivos e diagnósticos, em ordem crescente de idade, visando discutir as práticas de prevenção relatadas.

---

<sup>16</sup> Os nomes são fictícios e foram inspirados em poetisas e escritoras, quais sejam, Carla Diacov, Carolina de Jesus, Raquel de Queiroz, Elisa Lucinda, Nélida Piñon, Virginia Woolf, Cora Coralina, Clarice Lispector, Lygia Fagundes Telles e Adélia Prado.

QUADRO 1 – Dados sobre o diagnóstico do câncer de mama

Nome	Idade (entrevista)/ estado civil	Idade/ano (diagnóstico)	Procedimentos	Atendimento	Tipo
Carla	38 casada branca	32 2016	autoexame ultrassonografia biópsia ressonância tomografia pet-scan	plano	Carcinoma ductal invasivo (grau 3; HER 2 positivo)
Carolina	37 casada parda	34 2017	autoexame ultrassonografia mamografia biópsia ressonância	plano	Carcinoma ductal invasivo
Raquel	37 divorciada branca	34 2017	autoexame cirurgia (cisto) ultrassonografia mamografia biópsia	SUS	Neoplasia maligna de mama
Elisa	39 casada branca	35 2017	ultrassonografia mamografia tomografia cintilografia	plano	Carcinoma ductal invasivo
Nélida	49 solteira/ separada branca	37 2009	autoexame ultrassonografia biópsia	SUS; plano	Carcinoma mamário
Clarice	49 casada parda	41 2013	autoexame mamografia ultrassonografia biópsia	plano	Carcinoma mamário
Virginia	64 casada parda	43 2000	autoexame mamografia biópsia broncoscopia	plano	Carcinoma ductal invasivo
Lygia	50 divorciada parda	46 2017	ultrassonografia mamografia biópsia	plano; recurso particular	Carcinoma invasivo (mama direita)
Cora	57 casada negra	54 2019	autoexame ultrassonografia mamografia biópsia	plano; recurso particular	Carcinoma invasivo (grau 2)
Adélia	59 divorciada negra	56 2017	ultrassonografia mamografia biópsia histoquímica	SUS; recurso particular	Carcinoma mamário

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

Carla tem 38 anos, é profissional da saúde e teve o diagnóstico aos 32 anos, no ano de 2016. Contou que, por trabalhar com a abordagem gestacional, dedicava um "olhar" cuidadoso sobre as mamas. Ao lidar com uma mastite na mama esquerda, quando da amamentação de seu segundo filho, no cômputo dos 11 meses, sentiu o aumento de um nódulo. Diante dessa observação, solicitou à médica que acompanhava a mastite um exame de ultrassom e, durante o procedimento, o profissional a orientou a consultar um mastologista.

No ultrassom, o médico... ficou bem assustado. Mas, tentou não me alertar, não me assustar assim, não é? Só me alertou, falando para eu procurar uma mastologista que ele achava que seria bom eu fazer um outro exame para confirmar... é, para esclarecer. Para confirmar não! Para esclarecer! E aí, na ocasião eu estava atendendo uma mastologista. Ela era minha paciente. Que é a Doutora \*\*\*<sup>17</sup>. E aí, eu fazia atendimento só em domicílio. E atendimento em domicílio, você fica amiga das pacientes tudo, não é? Porque é uma coisa muito íntima ali. Você está indo toda semana na casa dela e tal, e nós nos tornamos amigas para o meu privilégio. E graças a Deus, eu estava... tinha esse contato com ela. Não é? Mais íntimo. E aí, não é? Eu saí do ultrassom e liguei para ela e falei, que eu tinha feito ultrassom que tinha dado um grau alto de classificação de BI-RADS<sup>18</sup>, que é a classificação de suspeita do câncer e que... E aí, ela me atendeu na mesma hora! Ela falou: "Vem aqui no consultório e tal". Então, o acesso foi bem rápido assim! Aí no mesmo dia, ela fez a biópsia. Aí, \*\*\* fez a biópsia no mesmo dia. Saiu o resultado com 7 dias. E... o resulta... na... O resultado não foi ela que me deu. Fui eu mesma! Eu fui lá no exame, [se corrige] no laboratório, peguei, busquei o exame e li. Aí, foi... foi bem, bem, bem difícil! Assim! Foi, tipo, surreal! Porque [riso] é uma coisa que a gente não quer ler, não é? O tamanho do nódulo era bem grande. Já estava com quase 4 centímetros. É... **a sensação que eu tive assim, foi como se eu tivesse tomado uma anestesia.** Sabe quando gela seu corpo todo? De baixo para cima! Não foi um gelo da cabeça para os pés. Foi um gelo, assim, dos pés para cabeça. Foi gelando os pés, as pernas e uma sensação de... de anestesia mesmo. Meio que **você não acredita**, não é? Eu li. Carcinoma ductal invasivo, grau 3. E os meninos atrás! [se refere aos filhos] Tipo, eu não podia nem chorar. Não é? Porque eu pensava: não posso chorar! Não posso gritar! Porque aí... Não é? Não posso... Então, **eu tive que me... me retrair naquele sentimento, naquela angústia, porque os meninos estavam atrás** [referência ao banco de passageiros no carro]. **E, naquele momento, eu só pensei assim: é muito grave! É muito grave! E agora?** Não é? Eu olhava para eles e pensava: e agora? (Carla, 2020, grifo próprio)<sup>19</sup>.

<sup>17</sup> Serão inseridos \*\*\* a fim de omitir os nomes referentes às pessoas profissionais da saúde, entre outras.

<sup>18</sup> O termo BI-RADS, em inglês, Breast Image Reporting and Data System, é um padrão para classificar nódulos com aspectos que podem ser analisados a fim de ter o laudo da mamografia.

<sup>19</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 29 de julho de 2020, na cidade de Montes Claros.

O diagnóstico, conforme o relato de Carla, expressa essa fronteira entre a saúde e a doença, passagem para um processo por ora indeterminado que, por isso, gerou sensações de imobilização e angústia. Não há um adoecimento, mas um código que anuncia o quão grave se caracterizava a condição futura.

Com Carolina, 37 anos, comerciante, o diagnóstico foi aos 34 anos, no ano de 2017, ao sentir um caroço que atribuiu ter sido um avanço de cistos identificados quando da inserção de próteses nas mamas 5 anos antes. Amamentou os filhos que completaram 2 e 4 anos e ficou assustada com o tamanho do tumor porque não sentiu por meio do autoexame. Isto a deixou mais ansiosa a respeito da necessidade de identificar a "fase" de desenvolvimento do tumor, ocupada com a importância da detecção precoce que, no sistema de saúde pública, acessava via exame clínico das mamas durante o atendimento ginecológico, sendo a mastologia minoritária e indicada somente quando há suspeita. Carolina até mesmo foi interpelada sobre a não identificação durante sua rotina de prevenção junto a ginecologia, o que a deixou ainda mais assustada com o tamanho de 4,5 centímetros do tumor.

Quando... há uns... em 2012, eu tinha um carocinho na mama. E aí, eu fui ao mastologista. Eu não tinha conhecimento nenhum da área. Nem assim... Era muito leiga! Muito leiga mesmo! Aí eu fui ao mastologista e ele me fez uma consulta assim bem superficial: "Não, não é nada! Não é nada". Não. Na verdade, eu já tinha feito inclusão de prótese em 2012. E quando eu fui fazer essa inclusão de prótese, o cirurgião plástico pediu que eu fosse ao mastologista. Precisava de um laudo de mastologista para liberar a prótese. Aí, eu fui! Aí, ele falou: "Não, tem uns carocinhos, mas é muito normal que as mulheres... esses caroços em mulheres. Não é nada!". **E eu fiquei muito confiante que não era! Na verdade, eu nem sei se era alguma coisa naquela época! Eu fiquei muito assustada e muito conversando com a minha médica quando eu descobri, porque quando eu descobri eu já tinha um tumor de 4 centímetros e meio na mama!** E todas as pessoas falavam assim comigo: "Não, você descobriu na fase inicial! Você descobriu na fase inicial!". E aí, eu ficava muito preocupada, eu falava para minha médica: "Doutora, está na fase inicial?". E ela só falava assim comigo: "Não, não se apegue a isso". E eu insistia muito se era na fase inicial. E um dia ela falou assim comigo: "Olhe, diagnóstico de câncer inicial é um nódulo não palpável! **Nódulo palpável já é um diagnóstico que não é precoce, entendeu?**". **Aí, eu já fiquei extremamente assustada, porque eu já tinha um tumor de 4 centímetros e meio na mama! 4 centímetros e meio! Elas pegavam na minha mama e colocavam uma régua e mediam o tumor! Sabe? E eu já tinha um tumor na axila também de 2 centímetros e meio!** Então, é... Eu não tinha a rotina de mastologista. Eu tinha rotina de

ginecologista! Que inclusive... eu não sei! Essas informações eu li há 3 anos atrás, que foi quando eu descobri o meu diagnóstico! Que foi em 2017! E assim, uma coisa que eu li, por exemplo, é que o câncer de mama, ele é muito mais comum do que o câncer de útero na nossa região reprodutora, não é? Muito mais comum! Na saúde primária hoje, nós não temos mastologistas na saúde primária! Nós só temos ginecologista em saúde primária! E todo mundo falava comigo: "Ah, mas você não vai no ginecologista? Você não fazia tratamento? Você não vai no ginecologista?". **Eu sempre fui ao ginecologista! Anualmente, eu fui ao ginecologista! E ele sempre apalpava, apalpa a gente, pede para gente apalpar em casa e eles também vão apalpar! Se um ginecologista que eu tinha ido há 5 meses antes não deu conta de apalpar um caroço desse, quem será eu leiga para poder identificar?! Entendeu? Então, isso também eu acho que é um grande problema hoje no Brasil de... se o câncer de mama, ele tem mais evidência no Brasil, a gente tinha que ter um mastologista na saúde primária do Brasil! Na minha opinião, sabe? Eu já até acho que está assustador.** [...] No meu caso, quando eu recebi o diagnóstico eu tinha muito medo! Porque quando você recebe o diagnóstico, você recebe a confirmação que é câncer. Depois da confirmação que é câncer, é um processo investigativo de qual tipo de câncer que você tem! Então, quando veio o diagnóstico do câncer, a preocupação era: que tipo de tumor eu tenho? O medo de ser um tumor muito raro, que não era fácil de tratar! É... o... O câncer traz pesadelo, não é? São etapas, sabe? Então, meu desespero era: meu Deus, que seja um tumor tratável! Que não seja esses tumores... não seja um tumor raro! Aí, a oração já mudava o foco! Quando saiu o resultado eu ainda tive uma... eu tive que ainda ir para uma linha mais investigativa, porque eu corria o risco de ter um tumor raro ainda! Eles fazem uma contagem de cruzes lá, a minha deu duvidosa. Aí, eu tive ainda que ir para um exame mais apurado. E aí, essa loucura! Com medo de ser um tumor difícil de tratar! Descartada essa hipótese, eu ti... Aí, é... eu... **a gente vai para conferência de outros órgãos pela chance das metás... da metástase, não é? E aí, também, dá muito medo. Então, assim, todos os exames que eu fiz... Eu fiz exames da ponta do... do cabelo, do fio do cabelo até a unha do pé para poder verificar tudo se eu não tinha metástase em outro órgão. Então, era... foram esses três processos que não são lentos, que são muito desesperador! Primeiro você chora por causa do diagnóstico; depois você chora com medo de ser um tumor raro; depois você chora com medo de uma metástase!** (Carolina, 2020, grifo próprio)<sup>20</sup>.

Entre nódulos, caroços e a desconfiança sobre o acometimento maligno em tumores, a medicina parece não dar conta da "invasão" do câncer na vida das pessoas, pois parece incerta a condição do corpo mesmo. Mas ter o exame mamográfico como indicação para o diagnóstico sem o enquadramento do fator idade fez com que Carolina buscasse

---

<sup>20</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 24 de setembro de 2020, na cidade de Montes Claros.

respostas na rede internet e tão logo se afetasse com os relatos de sobrevivência. Pensou a "sentença de morte" estar para o câncer tanto quanto a esperança está para o tratamento.

De outro modo, para Raquel, também com 37 anos, babá e trabalhadora em serviços domésticos, a esperança era conseguir um diagnóstico, entretanto, relatou ter sido negligenciada nos encaminhamentos médicos. Quando, aos 31 anos, sentiu um nódulo, fez muitas tentativas para a realização de exame mamográfico, já que a idade e a afirmação de exames clínicos não justificavam tal necessidade. Daí afirmar que aproveitou uma mudança de médico na atenção básica de saúde para insistir em uma cirurgia para a retirada do nódulo. Sem mamografia e sem biópsia foi realizado um procedimento cirúrgico de retirada de três caroços que não foram encaminhados para análise. Passados 3 anos, em 2017, nova avaliação, por outro especialista, sustentou que o protocolo anterior foi errôneo. Nestes exames foram identificados 21 nódulos e, realizada a biópsia, foi constatada a malignidade. Raquel seguiu um tratamento quimioterápico e radioterápico. Tão logo foram identificados nódulos no pulmão e nova análise constatou metástase. A ansiedade sobre um tratamento que considerou insatisfatório em todas as etapas se dava, mais particularmente, na relação com os médicos.

[...] o primeiro câncer, quando eu descobri, eu já, eu já sabia que eu tinha. Porque **o meu pai deu. Então, eu já sabia que eu tinha. Porque já estava bem grande assim o nódulo debaixo do braço.** Eu ia nos postinhos. Eles falavam que eu não tinha idade para mim fazer a mamografia e elas falavam que era gordura, que era um bolinho de gordura. E eu tentando explicar que não era. Acho que por isso que, não é, deu metástase. E eu explicando que não era e que eu tinha **histórico na família, minha tia, meu pai,** e mesmo assim elas falavam assim: "Sinto muito, mas nós não podemos dar mamografia para você, porque você não tem a idade para fazer a mamografia". E nisso foi jogando. Aí, eu fui deixando para lá. Até que um dia eu fui, [gagueja] mudou de médico no, lá! Aí, eu passei no médico lá, eu pedi para ele, daí, ele pegou e falou assim: "Olha, Raquel, eu não posso te dar mamografia, porque você não tem idade para fazer mamografia, mas eu posso te passar um ultrassom. Já que você está tão assim. Eu te passo um ultrassom". Falei: "Okay". Aí, eu fiz o ultrassom. Então, no ultrassom já deu, não é? Deu, deu três caroços. Aí, eu levei para o, para o médico meu. Aí, ao passar nele, **ele é um médico que ele tem uma história assim que ninguém gosta de passar, o povo chama ele de carnívoro, porque tudo dele é cortar. Era para ele ter feito apenas uma punção e mandado para cá. Não! Ele já foi e falou assim: "Não, isso aí não é nada. Vai ser um cistozinho". Nossa. Toda vez eu passava a mão eu já sentia. Então, não podia ser qualquer coisinha. Aí, ele falou assim: "Não, nós tiramos. É rapidinho. Como você é muito medrosa, então nós vamos tirar no hospital".** [...] ele devia ter feito uma punção. Ele não fez a

punção, ele cortou. Cortou de cá a cá assim. Tanto que o médico daqui xingou, que até o corte ele fez errado. Cortou tudo torto. Precisei operar aqui de novo! Cheguei aqui, as meninas falaram assim: "Não. Você não vai operar com aquele lá, não é?". Falaram: "Não, não opera aqui não. Você vai para Montes Claros, que lá você já, já vai ter que fazer radio e quimio". Aí, eu falei: "Não. Mas, ele falou que operava". Ela falou assim: "Não vai fazer isso, pelo amor". Muita gente deu conselho. Eu falei: "Está bom! Vou para Montes Claros". Cheguei aqui. **Tomei até trauma do médico, que é o Dr. \*\*\*, que eu mais ele entrou em um pé de guerra até hoje, que eu não posso olhar na cara dele e nem ele olhar na minha! Porque ele começou a xingar eu como que se eu fosse culpada de ter operado.** Porque ele falou que era só para ter feito a punção. Que não era para ter operado. Porque operou tudo torto. E como é que ele ia fazer! Que agora ele tinha que operar de novo! Não sei o quê! Que de qualquer maneira eu tinha que operar, mas tinha feito só uma. Aí, eu ia fazer duas por culpa do médico lá! Tipo jogando que era, a culpa era minha. Sendo que eu não tinha culpa! Ah, aí, eu mais ele já começou, **eu tinha feito uma lista de perguntas, sabe quando você tem aquelas dúvidas que só a lista, até hoje tenho guardada lá em casa. De tanto ele xingar, eu não perguntei nada.** Aí, eu entrei com ele já, aí, ele operou. Aí, tinha 21 caroços. Aí, foi outra briga. De ele xingar de novo, porque ele falou que o médico de lá tirou só um. [...] Tipo assim, jogando como se a culpa fosse minha, sabe? Aí, eu falei assim: "Olha que médico do...". Deixei quieto. Falei: "Tá". Aí, operei aqui de novo. Aqui já operei, já tirou de baixo da axila e tudo. Aí, porém, **ele me falou que o câncer meu, além dele ser maligno, ele é daquele que é... como que é? Ele é aquele câncer que espalhava pelo sangue. Ele ainda jogou essa, não é? Aí, acho que ele estava xingando mais por causa disso aí. Porque se lá tivesse feito só a punção não tinha espalhado. Porque aqui ele tinha tirado tudo. Então, lá só tirou um caroço. Porém, mexeu ali, deixou. Então, foi invadindo pelo sangue, não é? No dizer deles** (Raquel, 2021, grifo próprio)<sup>21</sup>.

Atribuir uma responsabilidade a Raquel sobre o procedimento a que foi submetida diz respeito ao que se almeja na universalização do protocolo de rastreamento. Assim como um sentimento de culpa expresso com uma responsabilização atribuída às mulheres sobre os exames preventivos e diagnósticos, ademais, no caso de Raquel, dos procedimentos que foram negligenciados como se ela pudesse ter circulado por outros profissionais da saúde para ter uma "segunda opinião".

Já Elisa, 39 anos, farmacêutica e advogada, em um acompanhamento com exame clínico das mamas que se dava desde os seus 30 anos por sentir nódulos que achava estranhos, teve a confirmação do mastologista de normalidade e o que sentia eram as glândulas de mamas densas sendo justificado o fato de nunca ter amamentado. Foi num

---

<sup>21</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 4 de março de 2021, na cidade de Montes Claros.

contexto de planejamento para engravidar que, seguindo sua rotina semestral com o profissional da mastologia, foi solicitado um exame de ultrassom e, com o laudo, uma biópsia foi realizada. Conforme seu relato, a espera por este resultado foi o período de maior sofrimento por ansiar "ouvir" o diagnóstico e, assim, ser encaminhada para um tratamento visto como uma garantia dos procedimentos necessários a se fazer.

Eu sempre fui muito atenta ao meu corpo. Eu sou uma pessoa assim que eu percebo claramente os sinais que acontecem no meu corpo. É muito... acho **talvez assim, eu sou formada na área de saúde, talvez tenha uma influência, não é, da questão da saúde**. Mas, também, eu sempre tive essa percepção assim. Então, eu sei se ai, meu cabelo está caindo mais ou menos. Se eu estou com um... mais inchada ou menos. Eu sempre tive uma percepção muito boa do meu corpo! Mas, eu acredito muito em Deus, não é? Que Deus faz as coisas também na hora certa. E em um belo dia, foi em 2017, que eu tive o meu diagnóstico! Por volta aí de fevereiro, início de fevereiro de 2017. Eu tomei banho, deitei na minha cama, fiz essa posição assim e sabe quando você para pra ver TV e faz assim, passa a mão assim? Aí, a alça da minha camisola desceu assim, e eu subi e aí, passei a mão assim no meu, no meu peito. Mas, vendo TV assim. Despropositadamente. E aí, eu vi uma... tipo uma bolinha. Como se fosse um... uma espinha. Bem pequenininha! Muito pequenininho assim! Não era... não era... nada perceptível a olho nu. Nada na pele! **Era como se fosse uma espinha interna! Muito pequeno!** [...] Aí, quando eu fui nele [mastologista], ele olhou e falou: "Não! Acredito que não vai ser nada! Mas, por precaução eu vou te pedir o exame de imagem". Me pediu um ultrassom. Aí, eu... eu lembro que eu viajei de férias. Marquei o ultrassom. Falei: "Ah, vou viajar. Tranquilo". Viajei despreocupada! Falei: "Ah, isso aí não vai ser nada. Vai ser um cistozinho de gordura ou alguma coisa!". Fui! Despreocupada! Voltei! Quando eu voltei, fui fazer o ultrassom. Aí, no ultrassom, é... o médico ficou me perguntando: "Ah, você tem... Você não tem histórico na família? Você tem alguma...". Eu falei: "Como assim?". Aí, ele... Eu falei: "Não, isso deve ser uma gordura!". Ele falou: "Não, não é gordura não! Você vai ter que fazer uma biópsia para poder entender melhor". Eu falei: "Você não quer fazer aqui, agora, de uma vez?". Ele: "Não, não. Tem que ir no seu médico tal, pegar o pedido". Virei e falei... E eu despreocupada. Aí, quando eu percebi que ele tipo, não é? "Não, mas, vai dar tudo certo e tal". Eu falei: "Uai! Alguma coisa aí tem!". Aí, é... eu não sei se, se também é relevante falar, mas eu tinha começado a fazer terapia um mês, dois meses antes. Não... nada a ver relacionado, não é? **Nunca ia imaginar que eu ia ter câncer. Mas, eu tinha começado, porque eu estava querendo engravidar na época e eu sempre tive é... um negócio muito assim "Ah, eu quero engravidar, mas eu odeio hospital! Eu não quero...". Tipo assim, eu tinha medo do parto**. Aí, eu falei: "Eu vou fazer terapia para poder me preparar melhor para esse processo". Aí, eu comentei com a minha terapeuta. Saí de lá e fui na terapia. E falei: "Ai, acabei de fazer um ultrassom. O médico foi tão estranho. Como se eu tivesse... acho que alguma coisa estranha e tal. Como se fosse..." Nem falava "câncer", não é? Tal como se fosse... Aí, ela falou assim: "E se for?". Aí, eu virei e

falei assim: **"Uai! Se for tem que tratar, não é?". Mas, tipo, super tranquila. Não é? Nem cogitei.** Aí, uns 4 dias depois... Aí, imediatamente, eu saí. Eu liguei para o Dr. \*\*\* também. Aí, eu desci lá no consultório, peguei o pedido e já marquei a biópsia. Aí, marquei a biópsia para tipo uma semana, 10 dias depois. E... é... Fiz a biópsia. Aí, **na biópsia por coincidência também divina no meu, que eu acredito, não é?** Quem fez a minha biópsia foi Dra. \*\*\*, que é uma das melhores mastologistas de Montes Claros. Ela tem um consultório junto com o Dr. \*\*\*. Ela faz... muita **reconstrução!** Se você tiver oportunidade, se tiver uma pessoa interessante para você conversar, a Dra. \*\*\* é fantástica! E... ela quem fez a minha biópsia. E **na biópsia eu percebi que ela achou alguma coisa estranha** e tal. Mas, falou: "Não, vai dar tudo certo". Aí, eu lembro que eu até chorei um pouco assim, na hora... **Ela não falou nada de câncer! Mas, ela ficou me fazendo pergunta: "Você tem algum histórico? Alguma coisa?"**. Eu vi que tinha alguma coisa de errado. Aí, levantei. Quando eu peguei o frasquinho com o papel. **O papel estava: "Câncer de mama interrogação" para eu levar para o laboratório de patologia para investigar.** Aí, eu falei: "Não! Esse trem aqui está errado!". Aí, entreguei no laboratório e fiquei com isso. E aí, **o pior momento de tudo o que eu passei até hoje foram esses 14 dias para sair o resultado. Porque, eu acho que quando você tem o resultado. Você fala assim: "Está bom! Estou com câncer. O que que eu tenho que fazer? Tratar, isso, isso, isso". E é tão rápido que você não tem tempo nem muito para poder sofrer. Mas, quando você está esperando o diagnóstico, sua cabeça fica o tempo inteiro naquilo. Porque você não tem certeza. Você fica imaginando um monstro. O que que está vindo pela frente. Então, foram os meus piores 14 dias. Até sair o resultado** (Elisa, 2020, grifo próprio)<sup>22</sup>.

Na rotina do exame mamográfico que se iniciara aos 40 anos, Clarice, profissional de saúde e educadora, foi surpreendida no próximo ano, completado 41 anos, com a indicação de possível malignidade conforme a classificação que visualizou no seu exame e optou por agendar uma ultrassonografia e uma biópsia. A incorporação da prevenção por meio de mamografia significou uma "vigilância" das mamas e a segurança que somente foi abalada quando o nome da doença foi dito.

Foi em 2013. Eu fiz o exame de rotina mesmo. E no exame, quando eu peguei o resultado, eu vi lá que... era... BI-RADS 4. E como enfermeira, não é? Eu já sabia que era uma grande propensão, assim, para o câncer. Aí, eu mesma... aí, eu fui em uma amiga médica e pedi para ela pedir já o ultrassom e pedir a biópsia. [...] "Ah, Clarice, é triste falar, não é? Mas, você já sabe, que eu tenho certeza, porque você é \*\*\* e... não é? **O diagnóstico deu câncer de mama". Aí, foi a primeira vez, então, que eu escutei: "câncer de mama".** Porque até então, era tudo em **códigos, não é?** Então, a gente... mesmo que eu sou enfermeira. Mas, eu não

---

<sup>22</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 22 de setembro de 2020, na cidade de Montes Claros.

tenho, não é? O... mas, aí, **a palavra é... muito forte! Porque veio a confirmar.** Porque você sempre ficar pensando assim: "Ah, deve ter sido... deve...". Você fica lá esperando, não é? "Ah, foi... foi... está... [gagueja] pode ser um erro, não é? **Pode ser que não é comigo e tal". Mas, aí confirmou!** (Clarice, 2019, grifo próprio)<sup>23</sup>.

Ainda que, após o tratamento, Clarice admitiu uma responsabilidade que poderia ser atribuída como causa da enfermidade, entretanto, associada a outras atribuições não avaliadas como vantajosas para o cuidado de si.

Eu era muito negligente. Isso eu, eu posso... Porque eu cuidava de tudo e de todos e não cuidava de mim. Então, assim, eu saltava refeições. Aqui era... Eu era de Belo... Eu morava em Belo Horizonte e quando eu vim para cá eu achava aqui muito quente. Então, eu não tinha vontade de comer. Aí, eu comia só bobagem, sabe? Tipo assim tomava um copo de leite e achava que estava... nutrida, não é? E, às vezes, passava o dia com um copo de leite. E assim, não tinha vontade de comer. Aí, então, eu era, eu era negligente comigo. Muito! Não fazia atividade física. Eu passeava com cachorro. Andava todo dia de manhã. Mas, era um passeio! Não era uma atividade física assim de... não é? Para saúde! Então, isso aí, eu posso dizer, com certeza, que se o câncer é causado, não é? E também eu tinha esse **pensamento negativo. Eu era assim. Eu sempre via o lado negativo das coisas!** (Clarice, 2019, grifo próprio).

Virginia, 64 anos, especialista em recursos humanos, aposentada, destacou seu autocuidado com a observação e toque das mamas, a alimentação e atividades físicas. Sentiu um caroço e durante o exame ginecológico recebeu a indicação de uso de suplemento vitamínico que, não identificada nenhuma alteração durante o período, foi encaminhada a um mastologista. Tinha 43 anos, no ano 2000, e tem a lembrança da punção, a técnica para a retirada de material para a biópsia, como um procedimento muito doloroso. Esteve sozinha durante a análise dos resultados do exame mamográfico e da biópsia e considerou que o médico mastologista foi otimista de modo a tranquilizá-la para confiar no tratamento.

Eu sempre fazia os exames, mas... e alimentação e ginástica. Fazia exercícios. Sempre fiz. Mas, aí, em janeiro de 2000... eu, eu sempre depois da minha menstruação, uns seis dias, sete dias, eu fazia os exames. Olhava no espelho. Toda vida! E aí, **eu notei um caroço muito grande aqui.** Aí, eu já contei para o meu marido. Falei para minha família, não é? [...] eu procurei o ginecologista, não é? E aí, de início, ele falou assim:

---

<sup>23</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 13 de dezembro de 2019, na cidade de Montes Claros.

"Olha, eu acho que isso é só uma falta de vitamina E". E me deu um remedinho e falou: "Vamos esperar um pouquinho". Aí, não mudou nada. Ele falou: "Não, vou te passar para um mastologista". Aí, Dr. [nome] e Dra. \*\*\* tinham acabado de chegar aqui em Montes Claros. Tinha pouco tempo que eles estavam aqui. Aí, ele me passou para Dr. \*\*\*. **Dr. \*\*\* fez a punção, inclusive dói muito. Muito dolorosa. Muita. Nunca tinha sentido tanta dor na minha vida. Eu sou muito resistente à dor. Mas, eu senti muita dor. Eu achei muito doloroso.** Ele fez a punção. Tirou um, um, um... é tipo, uma... um líquido assim do nódulo. [...] E ele olhou o resultado. Ele tinha me pedido para levar a mamografia, não é? Eu tinha levado a mamografia. Aí, ele ficou olhando a mamografia e olhava o resultado. E assim, demorou um tempão. Ficou lá olhando, olhando, olhando. E eu achando que não era nada. [riso]. Eu não estava preocupada! [risos]. Eu estava na minha! E eu nem... não tinha nada na cabeça que eu ia ter isso. Aí, estou lá... E aí, ele demorou, demorou. Depois **ele sentou na mesa. Começou, me preparou muito, sabe? Ele me preparou para receber a notícia. E conversou direitinho comigo. Falou que eu estava com câncer, que eu ia fazer o tratamento.** Falou que poderia ter que tirar o nódulo. Isso ele já sabia que ia tirar tudo, não é? Mas, ele falou, me preparou, não é? "Pode ser que vai tirar o nódulo ou a mama toda ou um pedaço. Aí, nós não sabemos. Isso quem vai determinar é a oncologista. Depois que fizer o exame direitinho lá. Aí, ela vai determinar. E aí, você vai fazer as quimioterapias. Depois vai fazer a cirurgia. Depois vai fazer mais quimioterapias. Volta para a oncologia". E ele ia fazer a cirurgia. O Dr. \*\*\*. Aí, ele me explicou tudo. Também assim. Virou para mim e falou assim: **"Isso aqui é igual mamão com açúcar. Noventa e... 90% de chance de você curar. Depende muito de você". Então, ele... ele... ele me preparou e me pôs uma... um otimismo, não é? Ele me fez ficar com a cabeça tranquila. Não me assustou. Não me apavorou. E, simplesmente, falou que eu ia curar, não é?** (Virginia, 2019, grifo próprio)<sup>24</sup>.

Assim como Clarice, ao seguir a rotina com o exame mamográfico, Lygia, 50 anos, professora, teve o diagnóstico aos 46 anos, no ano de 2017. Suas filhas já completavam 19 e 25 anos. Tem a lembrança do tempo de três meses da morte da mãe que estava sob os seus cuidados e disse ter sido a fase mais crítica ao calcular 100 dias sem descanso pela exaustão da rotina desses cuidados junto das atividades profissionais. O que a fez receber o diagnóstico e associar a morte, tal como um "choque" para essa passagem diante de uma rotina saudável, mas que pensou ter sido responsável por não ter dedicado tempo nem ao menos com o toque, o autoexame. Novamente, a responsabilização/culpabilização individual é recorrente.

---

<sup>24</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 6 de dezembro de 2019, na cidade de Montes Claros.

[...] eu tive o diagnóstico e coincidentemente, eu não, **eu penso que não tem coincidência, tudo é providência**, hoje, dia 24 de outubro, que a gente está, eu estou sendo entrevistada, está completando 3 anos que eu tive o diagnóstico de câncer de mama. Eu recebi essa notícia em uma terça-feira, a tarde, do dia 24 de outubro de 2017. Então, hoje, faz exatamente 3 anos que, no exato momento desse, **eu estava aos prantos de choro. Porque, na verdade, eu tinha ideia de que ali era o meu fim**. Sabe? Então, eu já estava cuidando de minha mãe, em 2017, em uma fase muito difícil do Alzheimer. E eu trabalhava um cargo de manhã e um cargo a noite. E tomava conta dela a tarde. E ela estava naquela fase, de não dormir, ela passava dia e noite acordada. E tinha já uns 100 dias, uns 100 dias que eu não sabia o que era uma noite de sono. [...] Aí, passou setembro, quando foi em outubro, três meses depois. Exatamente, no dia do aniversário de 3 meses que minha mãe tinha morrido, eu tive o diagnóstico de câncer. [...] Eu recebi na terça, eu chorei até sábado. Eu chorava dia e noite. Dia e noite, eu chorava. Porque é aquilo que eu comentei com você: **a gente nasce sabendo que a gente vai morrer. Mas, o câncer, ele te dá uma noção de que isso chegou**. E está perto de você. Entendeu? Então, você, você fica muito fragilizada. Sabe? A minha vida estava sendo ameaçada ali e assim por uma pessoa que não tinha uma dor de cabeça? Eu nunca senti nada! Nada! Nada! Eu sempre fui extremamente saudável. Sabe? Nunca fui de tomar remédio. E nunca fui de reclamar. Eu não sou reclamona. Sabe? Se eu te falar a minha perna está doendo. A minha perna está doendo! Porque se estiver doendo um pouquinho, eu dou uma disfarçada, vamos que vamos, vamos seguir, vamos seguir! E eu nunca fui reclamona. Aí, **eu entrei para o tratamento, para todos esses processos que eu vivi, saudável! Muito saudável! Por quê? Eu sempre dormi bem. Nunca fui de perder sono. Eu não tenho, não tinha o hábito de beber. Eu não tomava refrigerante. Nunca fui de comer fora de hora. Nunca fui de perder sono. Eu sempre tive uma vida muito controlada. Sabe? Não tinha sobrepeso. Aí, tá! Eu passei por essa fase de choque**. E aí, já começa todos os protocolos de exame, não é? É rápido. O médico falou, "olha você tem 15 dias para você operar. Você tem que operar em 15 dias. Porque se não passa do ponto". **Porque eu fazia o toque, eu via que tinha uma coisa diferente. Mas, eu tinha tanta coisa para fazer, que eu não parava para me tocar, para eu ver o que, que estava acontecendo comigo. Porque não dava tempo! Não dava tempo**. [...] Fiz todos os exames. E corri atrás de um e de outro. Eu sei que em poucos dias eu fui, eu consegui ficar com toda a documentação pronta para fazer a cirurgia. Aí, eu já providenciei. Com 20 dias eu já fui operada. (Lygia, 2020, grifo próprio)<sup>25</sup>.

Professora aposentada desde 2015, Cora teve o diagnóstico aos 54 anos, no ano de 2019, depois de perceber uma retração no bico do peito, uma assimetria entre as mamas e sentir um caroço próximo da axila. A responsabilização/culpabilização se confirmou quando afirmou que deveria ter sentido com antecedência qualquer alteração nas mamas.

---

<sup>25</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 24 de outubro de 2020, na cidade de Montes Claros.

Só para você ter uma noção! Deixa eu te contar! Eu assim, **eu sou professora \*\*\* por 25 anos, não é? Falava muito sobre o tema, muito sobre o assunto. E de repente, até hoje eu não me perdoou muito por isso! Porque eu falei: "Gente, mas eu conhecedora", não é?** Do assunto, por que quê isso, não é? De repente, eu descobri que nada é tão cedo. Esse diagnóstico meu foi um diagnóstico tão cedo, precoce. Não é? Precisei do mastologista. Provavelmente é mais de sete anos! Mas, é... [pensa]. **As prevenções, eu sempre fui aquela pessoa que sempre procurei muito me cuidar. Fazia todos os exames. De seis em seis meses! Mamografia! Já, eu acho que há mais de 7 anos. Todos os anos eu fazia. E de repente, eu descobro com... não é? Com o nódulo imenso! Isso não, não foi fácil! No início foi difícil!** Como que foi a descoberta? Olha só! Em setembro, então, eu me afastei [trabalho]. Quando foi em outubro, em outubro, sempre eu ouvi falar dessa questão desse Outubro Rosa. Que na verdade eu sempre tive muito um pé atrás... quanto a essas questões de... Quanto a questão dessas campanhas. Eu achei, que elas parecem que, eu na minha cabeça, às vezes, elas estavam mais ligadas à questão da mídia, não é? Do que o atingir pessoas! Eu não... Não sei se eu concordo, se eu gostava muito disso! Aí, de repente, eles começaram a falar a respeito da deformação da mama. Não é? Da mama. E eu assim, aí, **um dia eu me olhei no espelho, vi que minha mama estava diferente. Mas, só foi minha ideia! Eu ainda brinquei comigo mesma! Falei: "Nossa, a gente vai ficando velha, mas é tanta coisa que aparece! A gente vai mudando tanto"** [rindo]. E assim, a primeira ideia foi essa! Entendeu? Não pensei muito! Aí, quando foi dezembro eu vim de \*\*\* para... na verdade, para o show da minha sobrinha, que ia acontecer em \*\*\*. Não é? Aí, quando eu cheguei lá eu falei para minha mãe. Eu falei: "Mãe, eu estou com uma... eu acho que minha mama está diferente! Assim, tem uma... uma" [gagueja]. Como é que a gente fala? Esqueci o nome! Quando a... o bico do peito... a retração! Não é? Do bico. Eu falei assim: "Mãe, tem uma coisa diferente! Mas, como eu vou no ginecologista nesse final de semana, na sexta-feira eu mostro para ele". Mas, tudo bem! Fui! Mas, você não acredita que eu esqueci de mostrar para o homem! Esqueci! Aí, eu falei: "Não tem nada não! Ele vai me passar o pedido do exame para eu fazer, eu pego e mostro". Tudo bem. Quando eu cheguei. Eu fui trocar a roupa, porque eu ia pro sítio com minha irmã. Pois na hora que eu estava tirando a roupa, ela falou: "Menina, o que é isso!? Que diferença é essa? Que mama diferente é essa uma da outra?". Aí, eu fiquei assim... Aí, já a noite eu fui observar. Aí, tinha assim um carço quase embaixo do braço. E ela olhou e falou: "Olha só a diferença! Você vai mostrar para minha sobrinha". Tenho uma sobrinha que é médica. Ela falou: "Você vai mostrar para ela antes". Isso no sábado! Quando foi... Aí, eu cheguei no sítio, minha sobrinha falou assim: "Você não precisa nem me mostrar. Eu estou vendo pela roupa! A diferença é muito grande". Aí, ela falou: "Não", falou assim: "Não vai no ginecologista. Você vai no mastologista segunda-feira". E aí, foi isso que eu fiz! Eu fui no mastologista. Ele olhou. Olhou a mamografia que não tinha um ano ainda. Aí, ele falou assim: "Olha". Ele falou assim: "Eu preciso de um ultrassom. A gente vai fazer amanhã". Eu falei: "Está bem". Aí, enquanto eu estou fazendo o ultrassom, aí ele foi acompanhar. Aí, assim, quando eu olhei para a cara dele, eu falei:

"Nossa" [riso]. Eu falei: "Nossa!" É como que mudou a linguagem do corpo. Deu ruim! Deu ruim mesmo! Eu sei que ali não teve jeito. Aí, realmente, na hora, ele falou: "Regina, precisamos de uma biópsia agora. Vamos tirar uma... um material para a gente fazer uma biópsia agora". Eu falei: "Tranquilo". Aí, já colhi. Meu, naquele momento, fui... levamos! Aí, demora. **Só que a minha sobrinha já tinha me falado: "Tia, não espera que vai ser outra coisa. Porque... nódulo benigno não deforma a mama. E a sua está deformada. Então, assim, não espera outra coisa, não"**. Aí, foi o que aconteceu. Realmente, quando eu cheguei lá, ele falou. Aí, foi uma longa, uma longa caminhada, não é? (Cora, 2020, grifo próprio)<sup>26</sup>.

O diagnóstico de Adélia, fisioterapeuta, 59 anos, foi seguido de um acompanhamento que já se dava devido a um histórico de cistos nas mamas. Seguiu com o exame mamográfico por meio do sistema privado e, às vezes, no público, como se deu com este através de campanha de prevenção em praça pública, o já mencionado "Outubro Rosa". Disse não sentir nenhum nódulo. Tem a lembrança do tempo da separação conjugal até a leitura do laudo mamográfico. Assim como aconteceu com Clarice, viu a classificação da doença no laudo e, surpreendida, entrou em contato com o médico mais próximo para solicitar um ultrassom no que ele, ao observar o laudo, já a orientou para agendar atendimento na mastologia. Ansiosa, não quis ir para a casa, nem contar para a filha, e foi ao encontro de amigas e a orientaram sobre a importância desta comunicação. Adélia estava preocupada com o sofrimento da filha. A amiga chorava, e ela "desabou" quando do encontro com a filha. Ainda que não tenha gestado, Adélia tem um filho e uma filha que ficaram sob os seus cuidados devido à morte dos genitores. O filho estudava em outra cidade e foi a filha que a acompanhou nos exames e na cirurgia.

Casei, fiquei... o que? Dez... dez anos morando debaixo do mesmo teto separada. [pausa] Aí, depois, ele saiu de casa, **com três meses que ele havia saído de casa, eu descobri o meu diagnóstico. Tipo, eu faço exame todo ano, todo ano. Porque eu sempre tive cisto na mama. A vida inteira! Porque eu nunca amamenteei. Nunca engravidei.** Não é? Então, eu sempre tive. E aí, quando foi em 2017, de julho, dia 14 de julho. Eu fui fazer meu exame. Fiz [gagueja]. Você acredita que o hospital não me ligou falando para mim comparecer, porque tinha dado alguma coisa!? Nada! Eu saí do meu trabalho, passei lá, era no \*\*\*, não é? E peguei o meu resultado. Aí, quando cheguei em casa na hora do almoço, eu abri. Quando eu olhei, eu falei: "Oh, não acredito! Meu Deus!" (Adélia, 2020, grifo próprio)<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 3 de outubro de 2020, na cidade de Montes Claros.

<sup>27</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 4 de agosto de 2020, na cidade de Montes Claros.

Para Nélida, sentir uma forte dor no peito coincidiu com os impactos de uma situação jurídica que envolveu a separação e a guarda da filha de 4 anos no ano de 2009. Situação que acabou sendo protelada devido ao tratamento que se seguiu após a mastectomia. Sentir uma forte dor e estar só ao ter o laudo em mãos a fez lembrar das diferentes situações devido aos diferentes procedimentos que advieram.

[...] foi uma separação muito traumática. A gente estava discutindo guarda. E aí, na... resumindo, quando, na primeira audiência de conciliação, foi muito traumática... **Eu tive uma dor. Eu saí da audiência já com uma dor no peito muito forte. Essa foi a minha experiência. Uma dor muito forte.** E eu era muito cuidadosa assim, depois que tive \*\*\*, eu ganhei ela em 2005, a minha filha. Eu sempre tive o cuidado de estar indo ao médico, olhando e estava tudo certo. E aí, **eu senti uma dor muito forte no peito e essa dor surgiu uma mancha roxa. Ora ela mudava para roxa e mais escura. E eu fui sentindo esse nódulo crescendo.** E foi tão assim rápido, que eu fui encaminhada para o mastologista e o mastologista falou: "Não, isso foi uma pancada que você levou e tal. Então, nós vamos marcar uma cirurgia e vamos tirar". **Nem fez a biópsia. Porque achava que era uma pancada que eu tinha levado.** E nessa... e na cirurgia, eu lembro que éramos quatro pacientes, uma senhora de [nome de município], uma de uma outra cidade, outra daqui e eu. E aí, nós ficamos juntas. E **todas as três eram positivos, já sabiam que eram positivos. E eu não. Elas tinham biópsia e eu não. E para minha surpresa quando tirou o nódulo que depois uns 20 a 30 dias, que demorou a biópsia, deu nega... deu positivo.** Então, assim, foi muito, muito difícil, porque na época, não sei se hoje ainda é. Mas, na época, o \*\*\* entregava o exame aberto. Então, você tinha acesso a ver se estava positivo ou não. Então, eu mesma vi. Carcinoma tal positivo. E aí, imediatamente, eu liguei para uma amiga e foi aquela coisa que você já pode imaginar. Aí, logo em seguida, a gente fez a outra cirurgia que era para tirar a parte comprometida, não é? Ao tirar a parte comprometida, eles viram que era necessário tirar a mama toda, aí, fizeram. **Que já era o meu pedido de pedir para a mama toda, fazer mastectomia total.** Mas, eles falaram: "Não, nós vamos tirar só a parte comprometida". Mas, aí, a mama muito densa e tal. Aí, resolveram tirar, fazer a mastectomia total e eu não quis fazer a reconstrução na hora e foi protelando, protelando, enfim que até hoje, essa primeira cirurgia, essa primeira mastectomia eu não fiz a reconstrução ainda (Nélida, 2021, grifo próprio)<sup>28</sup>.

A presença de uma responsabilização enquanto culpa pelo diagnóstico do câncer está presente na maioria dos relatos. Seja pela negligência do autoexame, das prevenções médico-clínicas ou, até mesmo, de um estilo de vida saudável, incluindo a alimentação.

---

<sup>28</sup> Entrevista de pesquisa concedida em 29 de janeiro de 2021, na cidade de Montes Claros.

Ter incorporado as práticas de prevenção, conforme as evidências do autoexame ao exame clínico, garantiu um sentimento de segurança. O sofrimento diante do diagnóstico foi expresso em diferentes justificativas, a depender da rotina, sobre acompanhamento médico em exames clínicos, da rede de apoio, particularmente, familiar, e que acometia a qualidade de vida quanto às práticas de atividade física, o tipo de alimentação, o sono, as relações com a maternagem, ter amamentado ou não. São estas práticas de si, implicadas em um processo de subjetivação, que vão desestabilizar uma representação de feminilidade estabelecida e alinhada à visão hegemônica. A percepção de um cuidado de si se expressou, mais particularmente, na incorporação de uma lógica preventiva que está associada às políticas públicas de saúde como uma etapa de cumprimento desta responsabilidade, especialmente por meio do rastreio mamográfico.

Entretanto, 8 das 10 mulheres sentiram e observaram alterações nas mamas, mesmo dentre as que seguiam rotina mamográfica, no que buscaram profissionais da saúde e, então, foram encaminhadas à devida investigação. Não se verificou uma rotina com a mastologia, sob a justificativa da idade menor que 40 anos, para Carla (32), Carolina (34), Raquel (34) e Nélide (37); as exceções se deram com uma passagem, aos 29 anos, para laudo de aprovação de inclusão de prótese mamária por Carolina e Elisa (35) que fazia um seguimento semestral com exame clínico devido aos nódulos nas mamas junto a mastologia, ambas por meio de atendimento privado.

Neste parâmetro, por meio da rotina anual mamográfica, somente Adélia (56), teve o diagnóstico, entretanto ela fazia um seguimento de cistos mamários há muitos anos, sem precisar o início da investigação, mas confirmou que iniciou aos 40 anos. Como se deu com Clarice (41) e Lygia (46), que seguiam esta rotina mamográfica, o toque, então, ainda se valida como uma prática. Ainda que não relatada por todas as entrevistadas quando questionadas dos tipos praticados, o autoexame está incorporado, visto que, mesmo sob um seguimento mamográfico, foi o toque e a desconfiança de alterações que levaram Virginia (43), e Cora (54) à consulta médica.

Tais considerações foram relatadas como uma perspectiva de autocuidado relativas a diferentes posturas que estão vinculadas à experiência com a enfermidade, mais particularmente o acesso às informações via divulgação em campanhas. No entanto, diante das evidências sobre a cura se dar acima de 90% dos casos de detecção precoce, é possível depreender dos relatos que há uma governabilidade que se fundamenta na atribuição de

uma responsabilidade individual para a prevenção. Um cuidado de si, expresso nas campanhas de prevenção e demais orientações médicas, acaba sendo entendido como um autocuidado. No entanto, uma complexidade concernente à qualidade de vida depende de uma rede de apoio intrínseca ao trabalho formal, dentre outras condições socioeconômicas, ao tempo dedicado a uma alimentação adequada, ao tempo de descanso na qualidade do sono, às relações familiares vinculadas ou não à maternagem. É imprescindível, diante das incertezas sobre as "causas" da doença, que as orientações sobre a prevenção não confundam um autocuidado com este "cuidado de si" incorporado.

## 1.2. Da incorporação das práticas corporais ao diagnóstico da feminilidade

Minha reflexão sobre o cuidado de si se deu de um modo intrínseco à "batalha" contra o câncer a que, historicamente, faz referência a um controle indireto sobre uma normalidade representada no discurso da cura (Mukherjee, 2010). Há uma condução para obedecer as orientações da equipe médica e o desenvolvimento de uma forma de discurso sobre a capacidade individual na regulação da própria vida, implicada na disponibilidade de uma rede de apoio. Ou seja, de modo geral, considerados os relatos das colaboradoras, há "uma intensificação das relações sociais" (Foucault, 2014, p. 69) para um cuidado de si. Não obstante, já que uma prática social que trata da incorporação de um protocolo de prevenção, é devido uma permanente ação para desenvolver novas práticas que não deveriam ser pensadas como isoladas, tal como uma responsabilidade individual. Entretanto, não é o que percebo pelos relatos, pois a culpabilização individual acaba sendo o efeito das expressões sobre uma atenção às formas de vida.

[...] meu nódulo já tinha quase 4 cm. O que é 4 centímetros? É pequeno? Não! Isso é imenso! Isso é praticamente uma bala! **E como é que eu não descobri isso? Como é que eu não apalpei, não apalpava? Como é que eu não pegava? Não é? Era um medo? Por que é que isso. Então, eu acho que as mulheres, elas têm que estar bem atentas, não é? Quanto a isso, a buscar, conhecer mesmo seu corpo.** Não é fazer... Porque eu me lembro bem, porque olha o que eu fazia. Eu olhava mais ou menos, mas não tinha muito esse olhar. Também vem aquela outra história. Ah, não, eu vou entrar na menopausa, eu vou menstruar, e aí, dá realmente essa quantidade de carocinhos e tudo! Isso é comum. Isso é normal! Não é? E na verdade a ideia não é bem essa. Não é? **É buscar mesmo! É olhar mesmo!** É procurar esse tratamento o mais cedo possível! Não é? E se descobrir, paciência, meu bem! **Tem que pôr um**

**sorriso na cara e vamos embora!** Vamos embora! É o que eu falo: o que é uma mama para uma cabeça sonhadora? Não importa! Tem que andar! [riso]. Tem que andar mesmo! **É um medo terrível. Você está aqui hoje, amanhã você não sabe como é que vai ser! Mas, a vida é assim também!** Não é? (Cora, 2020, grifo próprio).

O medo distancia a gente. Tem que ter os cuidados mas não pode deixar de olhar para nossa **saúde integral**. Porque eu acho que o problema da pandemia foi esse. Igual a gente estava conversando. A gente está esquecendo das outras coisas. Não é? E... e **quando a gente entende que o nosso corpo habita um ser que é divino. Você meio que aumenta sua responsabilidade**. O que que eu estou fazendo com o meu corpo? Não é? Com esse habitar? É... É de se pensar! (Carla, 2020, grifo próprio).

Eu fiquei um pouco assustada, porque **como eu já tinha feito a inclusão de prótese anteriormente e quando eu descobri que eu já tinha um caroço de 4 centímetros e meio**. Eu falei: "Gente, não é possível que esse caroço estava escondido! Como que ninguém nunca tinha achado esse caroço? Como que eu fui na ginecologista e ela não achou esse caroço?". Então, eu tive medo que esse caroço estivesse escondido atrás da prótese e que ninguém tivesse... que esse caroço não foi descoberto porque a prótese dificultou isso! E eu fiquei muito assustada! E eu falei para doutora, falei: "Doutora, eu não quero! Eu não quero! Eu não quero!". E aí, ela me deu uma aula lá! Falando que, que essa questão... e **eu tinha medo também da prótese ter sido causadora**. E ela falou que não! Que não tem nenhum estudo no mundo que indica que o silicone é... é... tem alguma relação, até que seja de dificuldade em relação a isso, que eu ficasse muito tranquila. E que eu não tomasse essa decisão, porque **ela não me deixaria eu tomar essa decisão**. E que graças a Deus, ela não me deixou tomar essa decisão mesmo! (Carolina, 2020, grifo próprio).

Desta responsabilização individual há uma desconsideração de um aspecto fundamental, qual seja, "o limite dos conceitos de saúde e de doença referentes à experiência concreta da saúde e do adoecer" (Czeresnia, 2009, p. 44). Ao analisar as diferenças entre prevenção e promoção de saúde, Dina Czeresnia afirmou que a doença se trata de uma constituição a partir de uma redução do corpo humano pensado a partir de constantes morfológicas e funcionais e dotada de uma realidade própria, externa e anterior às alterações concretas do corpo. Para a pesquisadora, a saúde e o adoecer são manifestações da vida que correspondem às experiências singulares e subjetivas. E é na definição de doença que se pode compreender as percepções que os seres humanos têm da relação saúde-doença. Por isso, sugeriu que as orientações sobre as práticas em saúde não devam se limitar a uma perspectiva do sofrimento diante da enfermidade, ainda que seja na dor que a "ameaça" à saúde costuma ser identificada.

Em síntese, estimar a saúde demanda considerar aspectos filosóficos, científicos, tecnológicos, políticos, socioeconômicos e práticos (Almeida Filho, 2011).<sup>29</sup> Por isso, ademais, uma incorporação de práticas de prevenção está implicada, também, no desenvolvimento de legislação pertinente ao câncer de mama, como será discutido no capítulo 3, coerente com as menções sobre a feminilidade que, de algum modo, foi relatado pelas colaboradoras desta pesquisa. A elaboração de leis diz respeito a uma normatividade que, inevitavelmente, faz incorporar significantes. Ou seja, há um vínculo de caráter normativo com juízos de valor, oportunamente, expressos que podem se relacionar com uma forma discursiva que atribui um "lugar" para um tipo de feminilidade. Somada, ainda, a uma perspectiva otimista associada a simbologia "rosa" das campanhas à contribuir para uma autodisciplina que acaba por se contrapor a perspectiva de integralidade preconizada nas políticas em saúde, um dos princípios estabelecidos no SUS junto da universalidade e da equidade.

Uma perspectiva complexa para o atendimento que cumpra com o protocolo estabelecido, conjugado aos direitos ao tratamento e à reabilitação, vão inferir no que é dito a respeito da feminilidade, mais particularmente quando associada à autoestima. Se não há uma perspectiva complexa, ou seja, o alcance desta multidisciplinaridade nos cuidados, não há o alcance da integralidade. A integralidade, então, se tratando da complexidade da relação saúde-doença, ao associar a autoestima a uma representação normativa de feminilidade, tende ao constrangimento. Isto porque a intervenção cirúrgica para a extirpação do tumor vai representar uma mutilação, podendo se dar de forma "radical" com a mastectomia, mesmo considerados os avanços nos diagnósticos por meio de exames de imagens que contribuem para intervenções "conservadoras".

Dito isto, a responsabilização individual implícita no seguimento do protocolo médico pelas mulheres está apoiada em uma incorporação de significantes. Se a autoestima corresponder a integralidade, a feminilidade estará associada à complexidade das definições de saúde e de doença e dos cuidados respectivos. Tal complexidade pode ser verificada na própria etimologia da palavra saúde<sup>30</sup> a agregar uma variedade de

---

<sup>29</sup> Tais aspectos devem ser considerados no sentido de avaliar as relações da vida cotidiana, sejam sobre questões materiais ou simbólicas e, por isso, entender o caráter indeterminado, incerto e, até mesmo, de transformação implicado na ressignificação de representações e na reorientação das práticas individuais e/ou coletivas.

<sup>30</sup> Diz-se da etimologia ter na raiz *salus* ser proveniente do grego *holos* que significa totalidade, daí o termo holismo, radicado para *s'olos* que foi incorporado pelo latim e designa inteiros, íntegros. Há a derivação

percepções. Por isso o cuidado de si não pode ser pensado como uma experiência singular, individual, já que diferenças de acesso à informação e ao atendimento nos serviços de saúde que perpassam questões relativas à socialização, à higiene, à estética, às emoções, exigem tornar público o que, por vezes, se espera manter privado, irrepresentável (Lauretis, 1994; Butler, 2016). Uma dialética de significados e significações contribuiu para analisar a dimensão intersubjetiva e política da representação de "si mesma" no contexto do câncer de mama. Se se estabelece uma fronteira entre a saúde e a doença, muitos significados se deslocam na experiência do tratamento, especialmente das reabilitações que implicam um "outro corpo". Mas é a capacidade de agência da mulher em práticas que exigem consentimento, escolhas e decisões, que justifica a encarnação da paciência a que se identifica no processo, fazendo movimentar significados de vida, morte, dor, trabalho, amor.

Noticiado o diagnóstico, as escolhas referentes aos procedimentos cirúrgicos, químico e radioterapêutico durante o tratamento são associadas às evidências correntes no campo científico de dado período, às tecnologias disponíveis, à equipe e infraestrutura hospitalar, assim como as condições clínicas individualizadas conforme o diagnóstico da enfermidade e do acesso financeiro. Essas associações têm a feminilidade como "atravessadora" na "batalha" contra o câncer ao que me importou, a partir dessas experiências, "repensar a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição e a subsistência corporal, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social" (Butler, 2016, p. 15). Neste sentido, uma nova ontologia social, inerente a uma ética que reconheça os relatos de si (Butler, 2015), pode se constituir avaliadas as justificações sobre as autoatribuições de feminilidade.

As experiências relatadas foram interpretadas considerando tanto um atravessamento da feminilidade na condução de uma significância do "corpo próprio" (Birman, 1999), quanto sobre um "corpo interior" (Zanello, 2018). A corporeidade é indeterminada e há uma retórica da transformação que dá sentido ao sofrimento em uma "constante reconstituição do *self*, incluindo as possibilidades não apenas para a mudança

---

*salvus*, do latim medieval, a conotar uma situação na qual se busca superar ameaças à integridade física. Ainda no latim medieval, *sanus* conotava puro, imaculado, perfeito. Muitas derivações se construíram. No francês, *santé*, no castelhano, *sanidad*, no alemão, *gesundheit* compõe o prefixo *gee* com o radical *sund*, que significa sólido, firme e o sufixo *heit*, que significa capacidade, faculdade, no inglês, *health* vem de *healed* que é participio passado do verbo *heal*, que significa tratar, curar e, por fim, importante referir sobre o vocábulo *holy*, que vem do germânico antigo *hölig*, e significa sagrado no inglês moderno. O termo "são" remete ao sagrado também na língua portuguesa na designação de beatos da Igreja Católica.

criativa em algumas sociedades, mas para a variação intercultural de graus na própria auto objetificação" (Csordas, 2008, p. 103). De outro modo, a formação simbólica, que se processa impondo um "corpo interior" se trata de uma variação dos sentidos e significados culturalmente desenvolvidos e, por vezes, arbitrariamente dispostos.

Configuram-se assim tendências motivacionais nos sujeitos, influenciando substantivamente suas emoções, bem-estar e saúde. Práticas e sentidos que são congruentes com a visão predominante de *self*, valorizada em determinada cultura, tendem a ser preservados e os que são conflitantes, eliminados (Zanello, 2018, p. 31).

Assim, as autoatribuições de feminilidade, os sentidos dados, seu "lugar", expressam representações do feminino sob uma incorporação de uma *episteme* dos corpos que é encarnada de um modo processual, vinculada às contingências da transformação do corpo na eficácia do tratamento. Tais autoatribuições podem ser pensadas sob a noção de multiverso, proposta por Bruno Latour (2007), para articular disciplinas a fim de compreender as incorporações que dizem respeito às subjetividades em disputa; uma disputa na qual recursos somáticos vão garantir a existência do corpo, uma vida ao corpo, já que são criadas, inventadas, afetividades, diferenças e hábitos, articuladas, mesmo em controvérsias sobre pro/posições não necessariamente fixadas ou definitivas, mas que apresentam solidez para que as com/posições se dêem. Soma-se a indeterminação que implica a noção de feminilidade, o que remete a noção de natureza, por Maurice Merleau-Ponty (2000), sob os signos que vão constituir uma identificação com o que é feminino a assumir diferentes dimensões conforme as articulações, as associações, percebidas, vividas. E a percepção, seguindo este filósofo, se faz no âmbito das sensações. O sentido é expresso, assim, a partir de uma "constelação de dados" associados que podem ser diferentemente enquadrados, moldados, na experiência.

A existência não é um predicado; ninguém pode instalar-se no Ser: é preciso circunscrever-lhe o sentido com a ajuda de uma experiência. O Ser só tem sentido quando particularizado por uma intuição sensível. Essa ordem apresenta-se como uma particularidade contingente da "constituição humana". Há em nós dois elementos: a passividade e a espontaneidade. A passividade indica a nossa finitude, algo que não é conhecido de antemão. Daí a oposição entre um poder de pensamento possível, que vai muito longe, e um pensamento atual, muito limitado. O nosso entendimento é discursivo, ou seja, recebe o múltiplo em que se baseia mas que não cria. Há em nossa experiência uma contribuição

bruta. Devemos nos instalar numa experiência (Merleau-Ponty, 2000, p. 32).

A natureza e, neste escopo, o feminino, é uma ideia que pode ser alterada, desdobrada, a fim de perceber as associações e relações que infinitamente estão dispostas e são produzidas, e melhor, são, ainda, efeitos de representações que se pretendem hegemônicas. É neste exercício que o corpo tem sido atravessado por experiências, sob múltiplos sentidos, nas quais se almeja uma definição una, uma permanência somente como concepção.

Em síntese, como afirmou Thomas Csordas (2008) ao considerar os estudos de Pierre Bourdieu e Merleau-Ponty, o corpo, *sujeito* da cultura, base existencial da cultura, é socialmente informado, colapsando as dualidades corpo-mente, estrutura-prática. Daí, a corporeidade como princípio metodológico à dispensar os objetos, pois um produto da mentalidade reflexiva em um processo de auto-objetificação sabendo que "no nível da percepção, não existem objetos, nós simplesmente estamos no mundo" (Csordas, 2008, p. 106). Os "objetos" são, na verdade, conceitos necessários "para nos permitir estudar o processo corporificado de percepção" (Csordas, 2008, p. 107) no qual a fenomenologia contribui à descrever princípios existenciais, no escopo do que é pré-objetivo, e não de produtos culturais já constituídos, ou seja, enquanto pré-abstrato. Deste modo, ao corpo cabe "assumir e habitar o mundo cultural no qual a nossa existência transcende, mas permanece enraizado nas situações de fato" (Csordas, 2008, p. 108). São técnicas do corpo, assim como analisado por Marcel Mauss, uma soma total de usos culturalmente padronizados do corpo numa sociedade; o corpo objeto da técnica, meio técnico e origem subjetiva da técnica.

Sendo assim, não há uma singularidade de um processo de subjetivação isento de um tipo de racionalidade materializado em um esquema corporal. O que somente pode ser uma interpretação a que desejamos, de certo modo, dar eficácia, para compor com o que Csordas (2008) analisou como uma tripartição entre procedimento, processo e conclusão. A "natureza" da experiência humana com a enfermidade tem na noção de corporeidade elementos para a análise de um metadiscurso sobre o sofrimento. Quando Csordas buscou entender a forma como o sujeito participa da experiência da transformação em rituais de cura, a experiência corpórea "ofereceu" uma significância que foi objetivada em um terreno existencial indeterminado no qual o corpo biológico, religioso, linguístico,

histórico, cognitivo, emocional e artístico conjuga sentido, movimento, intersubjetividade, espacialidade, paixão, desejo, hábito, evocação e intuição (Csordas, 2008, p. 19). O sofrimento expressa uma reflexividade sob a qual uma cultura somática dá sentido para que haja uma esperança para este movimento tripartite ativar um crescimento espiritual sobre o qual a doença vem a ser um obstáculo na condução da boa saúde.

Quando analiso sob uma perspectiva de transformação, sigo a idéia da plasticidade corpóreo-cerebral, ao tempo que a eficácia é entendida como um dispositivo que visa a incorporação da feminilidade hegemônica (Fausto-Sterling, 2001/2002; Zanello, 2018). De modo geral, são feminilidades que condicionam as corporalidades e impõem sofrimentos, no caso uma aceitação das dores quando a sugestão de uma performance que exige intervenções corporais, tais como enchimento para dar visibilidade às mamas, ou o uso de perucas, no âmbito do tratamento quimioterápico, quando faz cair os cabelos. Em suma, a feminilidade estará associada à dar invisibilidade ao processo de adoecimento, porque é sugerido uma demonstração de força expressa em alegria. Ou seja, dada a condição de sofrimento, não apresentar aspectos da doença ou dar menor valor, ou ainda não falar dos efeitos, contribuiu para enaltecer os dispositivos materno e amoroso (Zanello, 2018), em especial, e comungar uma rede de agentes e pacientes na legitimação de uma outra subjetividade, para um outro corpo, logo, outra feminilidade.

Entretanto, se os estudos sobre câncer de mama apontam sobre a importância da integralidade confirmando a complexidade da relação saúde-doença, a representação de uma feminilidade hegemônica tende a constranger. Se não houver uma perspectiva complexa sobre a saúde, não há o alcance da integralidade. Ademais, é possível afirmar que o acesso ao conhecimento sobre a doença implicará na representação que as mulheres terão, reforçando, muitas vezes, as representações já estabelecidas e inferindo nas condições socioeconômicas, etárias, entre outras, para definir as prioridades do processo.

As representações sobre a feminilidade são expressões que puderam ser interpretadas nos sentidos múltiplos oriundos da racionalidade médica e das práticas sociais, em muito, compartilhadas das agentes pacientes. Houve, de modo geral, uma tradução de conceitos tais quais subjetividade, verdade, amor, entre outros, comumente justificados em um regime moral sob demarcações sobre a feminilidade. Vejamos, na sequência, conforme o ano do diagnóstico, uma síntese sobre os procedimentos indicados a

fim de analisar as formas discursivas nas quais há um atravessamento da feminilidade e as condições para as escolhas que se seguiram sobre o tratamento.

QUADRO 2 — Procedimentos cirúrgicos referentes ao protocolo de tratamento

	Ano (diagnóstico)	Idade (diagnóstico)	Idade (entrevista)	Anos após o diagnóstico	Procedimentos
Virginia	2000	43	64	19	Mastectomia
Nélida	2009 2014 2018	37	49	12 7 3	Mastectomia (mama direita) Histerectomia Mastectomia (mama esquerda; reconstrução com prótese de silicone)
Clarice	2013	41	49	8	Mastectomia (mama direita)
Carla	2016	32	38	4	Mastectomia (reconstrução com prótese de silicone)
Carolina	2017	34	37	3	Mastectomia (reconstrução com prótese de silicone)
Raquel	2017	34	37	4	Quadrantectomia
Elisa	2017	35	39	3	Mastectomia (reconstrução com prótese de silicone)
Lygia	2017	46	50	3	Quadrantectomia
Adélia	2017	56	59	3	Quadrantectomia
Cora	2019	54	57	1	Mastectomia

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

O diagnóstico de Virginia (43) se deu no ano 2000 e prontamente foi orientado o procedimento de mastectomia "radical" após a análise da biópsia. Mesmo com plano de saúde, Virginia não cogitou uma reconstrução mamária, ainda que sob a indagação do marido, e não relatou quaisquer diálogos sobre uma orientação cirúrgica reparadora. Foi possível entender sua preocupação com a continuidade de sua rotina profissional, desejando a cura e confiando a prescrição dada pelo mastologista quando explicou sobre o tratamento.

Antes da retirada, eu falava: "Meu Deus do céu! Como é que vai ser isso?". Eu não imaginava como é que ia ficar. "Como é que vai ser isso?". Assim, meditava: "Como é que vai ser isso? Como vai ficar aqui? Como vai ser isso?". Eu falava: "Oh, meu Deus do céu!". Eu tinha algumas dúvidas. O \*\*\* falou que podia tirar. Mas, Dra. \*\*\* quando chegou para ela, ela já falou: "**Vou tirar tudo!**". **Aí, quando na... quando eu fiz, porque eu fiz primeiro quatro quimioterapias para depois fazer a cirurgia. Então, Dra... é... nas duas primeiras já não achava mais nada. Sumiu tudo!** Então, foi assim, resolveu, sabe? Rapidinho os... o carço sumiu! Então, \*\*\* [marido] pegou e pediu: "O Dra. \*\*\* não tira a mama dela não" [gritando]: "**Se não tirar a mama toda, vocês não**

**fazem o trabalho do tratamento comigo. Podem procurar outra médica! Eu não quero!" [riso]. Eu falei: "Não, Doutora! Pode tirar as duas! Porque eu não estou falando nada, quem está falando é ele! [riso]. Pode tirar as duas! Eu não me importo não!"**. Aí, assim, quando tirou, eu... eu fiz a... eu fiz a cirurgia na sexta-feira para poder com 15 dias de afastamento eu voltar a **trabalhar**. E eu voltei a **trabalhar** com 15 dias! (Virginia, 2019, grifo próprio).

A experiência de Nélida (37) conjugou três diagnósticos. O primeiro se deu em 2009, quando fez a mastectomia da mama direita diante da suspeita de nódulos consequentes de uma pancada, mas uma análise histoquímica concluiu o diagnóstico de câncer e uma segunda etapa cirúrgica ocorreu sob a orientação de uma reconstrução mamária posterior ao tratamento. A partir do segundo diagnóstico de câncer, Nélida passou a ser atendida por meio de um plano privado de saúde. Ocorreu a intervenção cirúrgica para a retirada do útero, a histerectomia, com o diagnóstico de câncer no endométrio em 2014, e o terceiro diagnóstico foi o câncer na mama esquerda, em 2018, realizada a reconstrução com a inserção de prótese de silicone nesta mama.

Mas, aí, foi todo aquele processo de tratamento, de quimio, de radio. E o emocional ainda muito abalado por conta do problema da separação judicial, de guarda que ainda não tinha sido resolvido. [...] O primeiro diagnóstico, eu recebi a questão do câncer muito pesado, muito forte. Muito doloroso. E que você tem que tomar e que eu tinha que tomar, eu sentia que naquele momento eu tinha que tomar uma decisão, apesar do susto e da dor e do medo, porque ali **eu estava entre a vida e a morte. Porque o câncer, ele é uma sentença de morte na vida da gente**. Ainda é. E não tem como você não pensar diferente, pensar. Não tem como você pensar diferente. Na hora que eu recebi o diagnóstico, que o médico olhou e falou: "Agora, nós vamos ter que fazer o tratamento" e tal. **Eu não me preocupei no momento em tirar, tanto que eles falaram: "Nós vamos tirar a parte comprometida". Eu disse: "Não, eu quero que tire tudo. Aliás, eu quero que tire as duas mamas"**. No primeiro. Ai, eu pensei porque... Não, não. Não tinha nenhuma informação. Eu só imaginava o seguinte: então, deu em uma, então, vamos tirar as duas, porque aí a gente já... Não. Nunca tinha lido. Nunca tinha me atentado a estudo sobre. Porque até então, **é o primeiro caso da minha família**. E então, para mim, foi assim uma surpresa muito grande. Hoje, eu já sei que a gente está sujeita a tudo. Mas, não, eu não tive... eu queria, eu bati na tecla: "Não, não, vamos tirar a mama toda". Aí, eles falaram que não. "Não tem necessidade, não tem necessidade disso". Eu falei: "Não, não tem problema. **Mas, não pode tirar?"**. "**Não, mas hoje em dia, não tira assim**". Sabe? "**Você não se mutila dessa forma**" e tal. **Eu falei: "Não. Mas, eu quero fazer"**. Okay. Então vamos nos preocupar no...". Aí, o oncologista falou basicamente do tratamento. A mastologista falou da mastectomia. E eu falei que não, que a mastectomia eu queria total. E ela falou: "Não, não, não". Tanto que na hora, antes de me anestésiar para

fazer a cirurgia, eu falei: "Olha, eu estou... eu quero que tire tudo, Doutora". E ela falou: "Não, a gente só vai tirar o que a gente conversou" e tal. Eu falei: "Pois é". Só que aí, ela fez tudo. Ela disse que quando ela abriu, que ela, a mama era muito densa e tal. Aí, ela tirou a mama toda. Mas, **no primeiro momento, eu pedi para que tirasse tudo.** O tratamento em si, o diagnóstico, quando eu recebi, eu tive... eu chorei muito, é muito triste, muito doloroso. É um medo. Naquele momento eu só pensei o seguinte: olha, **não foi resolvido a questão. Não foi resolvido... Não foi resolvido a questão da guarda,** então, agora que eu vou perder a guarda da minha filha mesmo. Naquele momento, eu chorei muito com medo de não ter convivido mais com minha filha pequenininha, que era... esse foi o meu medo. Falei: "Nossa! E agora?" (Nélida, 2021, grifo próprio).

Já com Clarice (41), diagnosticada em 2013, ainda que orientado o procedimento da quadrantectomia, ou seja, um procedimento "conservador", a reconstrução foi sugerida ser realizada no mesmo momento cirúrgico, mas ela recusou diante de imagens pós-cirúrgicas apresentadas pelo cirurgião plástico.

[...] Dr. \*\*\*, **ele queria muito por causa das evidências científicas que eu fizesse a mastectomia e no ato cirúrgico da mastectomia, quando tirasse a mama, ele já fizesse a reconstrução.** Que o cirurgião plástico entrasse, não é, no campo cirúrgico lá e já fizesse a reconstrução. Porque **os estudos mostram que a recuperação, principalmente, os impactos emocionais são menores quando faz a mastectomia e faz a reconstrução da mama imediatamente.** Só que aí, eu fui no consultório do Dr. \*\*\*. E Dr. \*\*\* falou assim: "Olha, Clarice, aqui é uma mama saudável, não é? E aqui vai, vai, não é? Nós... nós... [gagueja] uma mama com câncer. A mama com câncer vai ser re... extirpada. Então, nós vamos tirar. E então, uma mama, não é, feita é... [gagueja] uma mama natural, ela é... ela é desse, ela tem o formato dela, mas eu vou tentar aproximar ao máximo! **Mas, eu não sou Deus! E eu não vou fazer a perfeição. Eu não tenho essa capacidade. Eu tenho a capacidade de chegar, não é? De te dar um, um conforto maior.** Você vai ter um resultado de ter uma mama. Mas, nunca você... eu vou chegar a mama... a sua mama! Então, essa mama aqui que vai ser tirada que Dr. \*\*\* vai tirar, vai tirar! E você não vai ter essa mama mais". Aí, nesse momento, assim, aí, ele me mostrou um tanto de fotos! Aí, nessa... nesse [gagueja]. Nesse dia, eu saí de lá chocada! Porque **eu fiquei muito assustada. Porque tipo assim, não é? Você tem uma mama, de repente, não é, você vai perder...** e ele era cirurgião, ele é cirurgião plástico. Tipo assim, a gente pensa: "Ah, cirurgião plástico vai chegar, não é, em um resultado é... bem próximo", não é? Mas, aí, ele me mostrou, Daliana. Era horrível! Era horrível os resultados que ele me mostrou! (Clarice, 2019, grifo próprio).

No caso de Carla (32), que recebeu o diagnóstico em 2016, a orientação da mastectomia "radical" das duas mamas procedeu de modo a ela considerar um privilégio diante de um "sentimento de mutilação". Relatou ter tido um apoio integral para a execução do procedimento que contemplou a inserção de próteses de silicone no momento cirúrgico em uma instituição de excelência na cidade de São Paulo, continuado o tratamento quimioterápico, entre outras terapias, em Montes Claros.

**Eu queria assim... onde tivesse os melhores recursos, o que tivesse de mais novo para eu poder ter acesso. E aí, ela [referência à médica]... sob indicação dela, ela me encaminhou para esse... para esse mastologista lá de São Paulo. Daí eu fui. Eu consultei com ela em uma terça-feira. Em uma quarta-feira, eu fui, eu estava em São Paulo.** Porque também é... o tumor, ele cresceu um centímetro em uma semana. E o exame aqui ia demorar 30 dias para sair o resultado, que é o exame da imuno-histoquímica, que ela precisava para definir o protocolo da quimioterapia minha. Então, era uma coisa assustadora, assim. Porque... é... de crescimento muito rápido, já estava na axila. E, então, ela preocupava muito com isso. E ela não... não dava para ela esperar esse resultado por 30 dias para iniciar a quimio. Então, ela falou, eu vou ter que te dar uma quimio meio que geral. Não é? Para poder frear esse crescimento até a gente ter o resultado. Aí quando eu falei com ela isso, que eu queria ir para fora, ela falou: "Não, então, já que você vai para lá. A gente faz o exame lá!". Porque lá o exame sai com dois dias. Então, a... a agilidade, o recurso todo lá é muito, muito mais rápido. Não é? Dá maior segurança para os médicos trabalharem. [...] Daí eu fiz a cirurgia toda! Fiz mastec total, bilateral, esvaziamento axilar, segui tudo. Fiz reconstrução na mesma cirurgia, é... Então, **esses recursos também proporcionam a paciente não passar por aquele sentimento de mutilação. Não é? Então, eu tenho o privilégio de falar que... por mais que eu senti que eu seria mutilada... sim, eu senti no... no pré-operatório, momentos antes de ir para a cirurgia. Eu... sim! Conversei com meu corpo. É... Tive esse sentimento, mas eu não tive o... a imagem da mutilação. Então, é... Eu falo que essa dor da mutilação, não é? De olhar no espelho e realmente ver a imagem de ter sido mutilada eu não tive por conta desse recurso, que lá tem todo o... o... o amparo para ser feito uma cirurgia com segurança. Não é? A cirurgia minha durou 14 horas. Então, assim, é bem difícil você segurar uma paciente, não é, em anestesia geral por 14 horas. Precisa de recurso tecnológico mesmo muito avançado. Não é? Para se manter o paciente ali estável o tempo inteiro. Então... e lá eles têm essa possibilidade de trabalhar. É... [suspira]. E aí eu tive todo... todo esse... esse... esse contexto assim (Carla, 2020, grifo próprio).**

Já Carolina (34), quando do diagnóstico no ano de 2017, teve receio do implante de silicone, inserido em procedimento anterior quando tinha 29 anos, ter sido a causa do desenvolvimento de um tumor maligno. Almejou diminuir qualquer chance de recorrência

e, por isso, não queria adotar um procedimento que pudesse aumentar os riscos de tumores se desenvolverem. Sendo orientada a retirar as duas mamas, recebeu elogios da oncologista diante da decisão, mas foi tensionada quando declinou sobre a reconstrução mamária com inserção de silicone. Foi convencida pela médica sob as evidências relativas a autoestima e consentiu no procedimento reconstrutivo, aceitando que poderia vir a ficar traumatizada com o corpo sem o enchimento. Assim como o privilégio mencionado por Carla, condicionado pelo acesso aos procedimentos, Carolina destacou a cobertura do seu plano de saúde.

[...] eu fiz a remoção das duas glândulas mamárias! Eu não tinha indicação para a mama direita, mas... é... eu consultei outras mulheres também que havia feito a retirada da glândula mamária e isso eu soube que diminuiria o meu risco. Até porque **por eu estar no quadro de paciente de risco, não é? Eu ainda sou, ainda estou na classificação de paciente de risco.** Que é a chance da recidiva também. Então, eu ainda estou nessa linha aí! Aí, é... Eu acho que tem a ver com a questão hormonal e com a minha idade também! Porque eu estou em uma idade da reprodução... do processo hormonal muito a florado. Então, isso tudo me leva para esse quadro de... de paciente de risco. De grupo... não! De... alto risco! Alta chance da recidiva! Eu estou nessa classificação. [...] Por eu ser muito jovem, mas eu... tudo o que eu puder fazer para poder eliminar, ainda que pouco o meu risco, é claro que eu vou eliminar! **Não quero viver um câncer novamente! E por isso eu tomei a decisão também de remoção da outra glândula mamária.** É... a chance de diminuir é pouca! A chance que diminui. Mas, eu fui na linha que ainda que seja 1%, eu vou... se eu tenho a... se eu puder tirar eu vou tirar. Então, eu consegui também. **Foi muito tranquilo... é... com o plano de saúde para conseguir a remoção e fazer já também a reconstituição da mama. Então, assim, eu não tenho sequela desse tratamento!** [...] E aí, quando eu fui para cirurgia, eu fui e falei com a doutora que eu não queria fazer a inclusão de prótese. E aí, ela foi muito importante nesse processo também. Porque, ela falou comigo: "Não, isso aí eu não aceito! Essa decisão eu não vou te deixar tomar! Eu vou te parabenizar...". Porque também ela me deixou, que eu tomasse a decisão de fazer a remoção das minhas duas glândulas mamárias. Quando eu voltei e falei: "Eu quero tirar as minhas duas glândulas mamárias"; ela falou: "Foi a melhor escolha que você fez! Eu precisava que você escolhesse. Eu te dei a orientação, mas era escolha sua!". Então, ela falou: **"Adorei a escolha que você fez. Foi a melhor escolha que você fez de remoção das duas glândulas mamárias! Mas, o processo da inclusão de prótese eu não vou permitir! Essa decisão eu não vou permitir que você tome!"** (Carolina, 2020, grifo próprio).

Raquel (34) também teve seu diagnóstico em 2017, entretanto, a revolta na condição de paciente metastática se mantinha diante da culpabilização sofrida. Para ela

foram múltiplas rejeições que se deram ao longo da sua relação com médicos, atendentes, entre tantos outros apoios insatisfatórios, desde as buscas pelos exames. A hostilidade vivida não garantia quaisquer motivações sobre um tratamento, ainda que insistisse em ter informações pertinentes às suas condições clínicas.

**Eu quero os meus direitos! Eu quero ver, tipo assim, eu quero descobrir logo o que que é! Para mim, se tiver que enfrentar o tratamento, enfrentar logo de vez, não é?** Não deixar chegar ao ponto que chegou o do pulmão. [...] Não teve escolha, porque igual eu te falei, eu brigava muito mais esse médico. Então, tipo assim, ele não te dava escolha. Era fazer e fazer e pronto! Você não tinha que falar "A" e nem "B". A decisão era dele mais os outros lá!. Quando você ia falar "Mas..."; ele "Ah! Toma fulano, leva, vai, tchau, tchau, tchau". Desse jeito! Eu te falei que eu fiz várias listas para mim. **De perguntas que eu tinha sobre o implante mesmo. Eu tinha muita curiosidade de saber como que era, o que que era. Eu vim saber depois! Depois que eu já estava fazendo a quimio**, que o povo que eu, que o povo veio explicar como é que era, como é que não era. Mas, da boca dele? Ahn-ahn! [negação] (Raquel, 2021, grifo próprio).

Mesmo com idade próxima, diferentemente de Raquel, Elisa (35) tinha um acompanhamento na mastologia desde os 30 anos, por meio de plano privado, com exame clínico das mamas porque sentia nódulos. Quando sentiu um novo nódulo, Elisa até mesmo já tinha a consulta agendada, visto averiguar a cada semestre e, assim que teve o laudo mamográfico, foi encaminhada para o cirurgião plástico, como relata:

[...] eu fui e marquei uma consulta com ele, porque eles faziam um esquema de fazer a mastectomia e na mesma cirurgia fazer a reconstrução. Aí, fui! Achan... Aí, fui assim: "Ah!". Meu peito era muito pequeno. Nunca fui... sempre fui muito mirradinha. "É bom! Que eu vou por silicone, então! E vai ficar bonito! Porque o meu peito é muito pequeno!". E quando eu era adolescente, jovem assim, eu queria por silicone. Mas, nunca tive... primeiro, dinheiro! Não é? E depois nem... quando eu comecei a trabalhar não tive nem... Aí, eu falava: "Não vou mexer com isso não!". Aí, falei: **"Poxa! Uma oportunidade de eu por meu silicone!"**. Porque eu queria. Porque eu sempre tive vontade! Vou colocar! Quando cheguei na consulta com ele. Na maior expectativa. Uma consulta de uma hora e quarenta! Ele virou para mim, a primeira pergunta falou assim: **"Você sabe o que que é uma mastectomia? Você sabe o que que é uma reconstrução? Porque não é um silicone. De plástica! Não é o mesmo resultado!"**. E aí, ele abriu o computador e foi me mostrando. Como que são as técnicas, as possibilidades de gordura, de enxerto de pele, de músculo de costas, de silicone, de expansor... Aí, eu fui vendo aquilo. Falei: "Gente! Cada coisa mais horrorosa que a outra!" Me deu uma... Sabe? Falei: "Ai, eu

não vou...". Aí, eu saí de lá: "Eu não vou mexer com isso não!". **Prefiro ficar sem peito! Uns trens feio! É! Umas imagens... umas imagens da reconstrução.** [...] eu fui na expectativa de que eu ia colocar um silicone e ia ficar linda e exuberante como todas as minhas amigas. Que tinham silicone e que não tinham câncer. Não é? Aí, para mim, foi um banho de água fria. Aí, eu saí de lá e falei: "Quer saber?! **Eu não vou fazer esse negócio porcaria nenhuma!**". **Cheguei em casa e falei com o meu esposo e com minha irmã, que eu não ia fazer. E minha mãe já estava aqui! Ela foi comigo. Minha mãe também sentiu o mesmo pa... baque que eu! "Ah, mexe com isso não!". Por que? Por causa dos riscos. Tinha risco de dar rejeição! Depois que eu começasse a quimio. Aí, eu peguei e falei: "Não vou mexer com isso não!". Aí, meu esposo falou assim: "Não! Se ele te falou que vai fazer. Se você tem essa possibilidade você tem que olhar. Porque isso, você não quer fazer agora que você está preocupada com o câncer. Mas, depois que você passar o... todo o processo do câncer e sarar. Você vai ficar sentida com essa mama. Então, você tem que fazer". Aí, minha irmã também falou a mesma coisa.** Eu falei: "Ah, eu não estou com vontade não e tal. Mas, mas, vou fazer esse negócio, então". Aí, falei: "Vamos fazer!". O meu foco, ele era único e exclusivamente pensando assim: "Eu tenho que fazer o tratamento! Fazer mastectomia. Tratar do câncer e sarar!". Até então, quando eu... quando, antes da consulta com a Dra. \*\*\*, **eu achei que eu tinha uma sentença de morte. Eu ia morrer e tudo mais, tudo mais. Aí, quando eu fui na consulta com a Dra. \*\*\*, que mudou a minha vida! A consulta com ela, não sei se você teve a oportunidade de conversar, de conhecer. É uma pessoa que você tem que conversar para você entender do que que eu estou falando. Aí, a minha vida começou a mudar a partir do momento que eu fui na consulta com ela. "Não. Espera aí. Não é uma sentença de morte. Eu vou fazer um tratamento e tal". Aí, que eu fui, falei: "Não, vou fazer esse... reconstrução, então!"** (Elisa, 2020, grifo próprio).

Com Lygia (46), também diagnosticada em 2017, foi indicada uma quadrantectomia e sobre o procedimento cirúrgico destacou como dolorosa uma intercorrência que teve perda auditiva parcial.

Passei um susto enorme. Mas, um susto tão grande. Porque eu tenho hipotermia. Eu sou hipotérmica. Aí, eu antes da cirurgia, eu falei para médica: "Olha, sou hipotérmica". Então, o anestesista já foi orientado que eu era hipotérmica. E durante a cirurgia, para poder ver a minha temperatura, ele pegou um termômetro e **perfurou o meu tímpano.** Aí, quando eu saí do bloco cirúrgico, eu estava me recuperando da cirurgia, não é? Lá no, saí lá da sala de recuperação. Eu passei o dedo aqui no ouvido, saiu sangue. Eu passei uma noite terrível! Eu falei: "Eu dei foi embolia". Porque como que eu faço uma cirurgia na mama e sangra meu ouvido. E essa todo mundo já tinha ido embora, que participou da cirurgia, que sabia que tinha sido o médico que tinha encostado o... O negócio, o aparelho aqui no meu ouvido. Aí, no outro dia, que eu fiquei sabendo que tinha sido o anestesista tentando medir a minha temperatura.

Aí, inclusive, depois que... Deixa eu ver. Eu cheguei aqui, eu fiz a cirurgia em uma quinta-feira. No sábado, eu estava no Pronto Socorro com febre altíssima. Porque o ouvido tinha inflamado. Entendeu? Fiquei sem saber. Mas, o médico, eu liguei para ele. Ele conseguiu um profissional muito bom. Me deu toda assistência, o anestesista. Foi muito solícito. E algumas pessoas: "Ai, Regina, você está chateada com ele?". Eu falei: "Não. Ele só quis me ajudar". Entendeu? **Eu tenho esse lado, sabe, Daliana? De... de não julgar as pessoas em um primeiro momento. Eu tenho certeza que ele só quis me ajudar. Ninguém erra. Todo mundo, às vezes, erra tentando acertar. Ninguém faz as coisas de propósito. Eu tenho certeza que naquela hora, ele só queria medir minha temperatura. Ele não queria, ele não queria furar o meu, perfurar o meu tímpano.** E graças a Deus, foi só um toquezinho, deu só uma, uma coisa. Aí, entrou com o antibiótico e o próprio tímpano já, ele já reconstituiu. Ele arrumou um profissional, fez o exame, sabe? [...] Talvez eu esteja falando de uma coisa, eu estou baseando na minha realidade. Entendeu? Eu não... Não posso falar pelo outro. **Tem cirurgias de mama lá das colegas, que elas são muito invasivas. Muito invasivas mesmo! E talvez, se fosse da mesma forma comigo, talvez eu me sentiria incomodada.** Sabe? Por isso que eu não tiro a razão. Não acho. Não tem esse certo e errado. Depende de cada caso. Se tem colegas minhas lá mesmo, que tirou a mama, que rapou assim oh! Ficou as costelas sendo vistas! A estrutura! Do tórax! Então, não é o meu caso! Entendeu? **Então, para mim, não me incomodou. Por que? E também não me incomodou o cabelo, porque eu nunca tive um histórico de ser vaidosa.** Eu sempre fui muito tranquila nesse sentido. Entendeu? Não me incomodou nada. [...] Tem muita gente boba, que acha que, que tem esse [repete] perfil do tipo de mulher, não é? E tudo! Que tem que ter isso. Tem que ter aquilo. Então, acaba que criando uma imagem na cabeça. E quando acontece... não é? Está fragilizado. Aí, aquilo ali vira um cavalo de batalha. Não é? E volto a afirmar: Deus foi muito generoso comigo. Que ele vai preparando a gente para passar as dificuldades. Entendeu? Deus prepara tudo. Tudo! Tudo! Tudo. Então, para mim, muito generoso. Porque essa parte não me incomodou. Não mesmo! (Lygia, 2020, grifo próprio).

Sendo um procedimento "conservador", e não uma mastectomia radical, Lygia considerou que a cirurgia nas mamas não foi invasiva, e que o fato de não identificar a si mesma como vaidosa, amenizou um incômodo neste processo relatado como confiável sobre a decisão da mastologista, como expresso no relato a seguir.

A mastologista, ela me chamou no consultório. Fez o, pegou, fez o desenho da mama, explicou direitinho. "Nós vamos fazer isso, isso, aquilo. O estudo da mama. Onde vai cortar e tal. Vamos tirar aqui, ali". Entendeu? Então, ela já vai, tanto é que esse estudo já vai na documentação para, para o bloco. Ela já faz um planejamento prévio. Entendeu? E assim, eu não, como tirou só o quadrante, não fez... eu não, não [gagueja], Não gostaria de fazer a [gagueja]... colocar o silicone. **Silicone que fala, não é? É! Não, não, não [repete]. Eu não quis fazer.**

[...] Não, não, não foi o caso. Não foi o caso. Ela tirou foi da axila e da mama. Não! Não apresentou várias opções não. Eu acho que eles já fazem mais ou menos um estudo dentro daquele padrão já. E não é isso. E foi assim. Não fez um... **não questionei muito não. É confiança.** (Lygia, 2020, grifo próprio).

Adélia (56) também teve o diagnóstico em 2017 e a indicação de uma quadrantectomia. Diante de uma complicação pós-cirúrgica, o processo de cicatrização afetou a realização de uma nova cirurgia visando a simetrização, ao tempo que ela buscou a ozonioterapia que não tinha sido recomendada pelo mastologista, mas a cicatrização ocorreu.

**Deus é tão maravilhoso na minha vida que foi tudo muito rápido!** Aí, veio a... a cirurgia estava marcada para uma data. Adiantaram bastante. E fui para o bloco cirúrgico. Estava marcado para as 5 da tarde. Uma hora da tarde me avisou, falando que subiu a vaga para mim ir. E fiz a cirurgia. Saí de lá tranquila. Aí, depois de todo procedimento, veio a histoquímica, não é? Aí, na hora de abrir o exame, eu quis abrir lá mesmo no laboratório. Minha filha não queria deixar. Eu falei: "Não, filha. É meu! O exame é meu! Eu posso abrir! Eu quero abrir!". Aí, nessa hora, realmente, aí que eu me dei conta de tudo. Aí, eu pensei em tudo, não é? Bom, o trabalho, filho, casa. Como que vai ser a minha vida agora? Está nas mãos de Deus. Mas, Deus é maravilhoso demais. Sabe, Dali? Porque foi assim, as coisas foram tudo conforme ele planejou. Foi dando tudo certo. Fiz a cirurgia. [...] Porque assim, eu tive, **fiz a cirurgia, ficou ótimo, maravilhoso.** O que, que acontece? Tinha... Foi depois de um ano? [pensa]. Foi depois de um ano da minha cirurgia? Não! Minto! 8 meses! Pós minha cirurgia. Eu já tinha feito a quimio. [...] Aí, eu fui a São Paulo. Teve um casamento do meu primo e nós fomos. Eu perguntei à médica se não tinha problema. Como ia ter um espaço para mim fazer a outra, vamos pensar que é a branca, não é? Que eu tinha terminado a vermelha, aí vem a branca. Aí, ela disse: "Não, não tem problema, desde que você tenha os cuidados necessários". E me orientou: "Você só não pode ir de ônibus", não é? "Evitar ter contato". Aí, foi eu e meus filhos. Pegamos o vôo e fomos. O que, que acontece? Eu estava na frente um pouco e a minha mala a bordo, não é? Pequeninha, eu não... Eu estava bem. Eu fui levantei o braço. E justo o braço que eu fiz a cirurgia. O lado que eu tinha feito a cirurgia, para mim pegar a minha mala. Do nada assim! Sabe? De repente você levanta! Aí, eu senti, desceu alguma coisa! Quando eu... Descemos do aeroporto, que eu entrei no carro, eu falei: "Filha, tem algo estranho". Ela falou: "O quê?". E ela brigou comigo, porque que eu peguei a mala, não é? "Você tinha que pegar essa mala? A gente estava atrás, a gente ia pegar" e tal. Eu falei: "Não. Não tem nada não". Quando eu cheguei na casa da minha tia, que eu fui tomar banho e eu chamei minha filha. Falei assim: "Olha, a cirurgia abriu toda". Abriu tudo! E aí, a gente apavorado. Queriam me levar para o hospital. Eu falei assim: "Não. A gente faz um curativo. Eu ligo para Dra. \*\*\* e aí, eu vejo". Eles ficaram preocupados. Aí, a médica orientou meus filhos

direitinho. Ela prescreveu, ela mesma prescreveu a medicação, não é? E eu já tomei. E fomos para o casamento. E depois disso, Dali, **essa cirurgia minha veio, veio e nunca que fecha.** Aí, quando foi no mês de fevereiro. Não! Janeiro agora. Depois Dr. \*\*\* falou assim: "Olha, nós vamos fazer uma nova biópsia". Se você ver a situação como ficou! Depois eu mando as fotos. Aí, eu fiz outra biópsia. Graças a deus não deu nada. Mas, aquela secreção, saindo pus direto e eu com, fazendo curativo direto. [...] Aí, eu comecei a fazer o ozonioterapia. Eu fazia 3 vezes por semana. E aí, começou a fechar. A fechar. [...] Ele já tinha marcado uma cirurgia para mim. Eu tinha que fazer outra cirurgia. Porque ele achava que tinha que abrir toda e limpar. Limpar tudo, porque não sabia o que, que estava acontecendo. Não é? Porque que estava, essa secreção não parava. E era pus mesmo. Ele estava sem entender. [...] Aí, o Dr. \*\*\* ficou encantado. Ele falou assim: "Nossa! Eu vou procurar ter um conhecimento mais a respeito porque realmente está". Tanto é que eu fiquei sem fazer, ir na academia, esse tempo todo por causa da minha mama. Porque eu não poderia levantar o braço. Ele me proibiu. E agora, não! Graças a Deus está ótimo! [...] Ele, ele **foi um quadrante que ele fez. Mas, teve que retirar muita a minha mama. Sabe? Ela ficou bem pequena. Bem pequena. Menor que a outra. Mas, ficou bonitinha. Ficou a mama bem bonita. Ele modelou ela. Sabe? Tanto é que ele falou: "Olha, depois a gente vai consertar a outra. Para ficar do mesmo tamanho"**. Mas, aí, com esse negócio que aconteceu com a mama, a gente foi adiando, não é? Para ver como que ia ficar a situação. Mas, graças a Deus, fechou. Está bonitinho. E estou esperando. Mas, é uma tensão, que você não dorme (Adélia, 2020, grifo próprio).

Cora (54) fez a cirurgia em 2019 e relatou o quanto foi chocante ter o diagnóstico de um nódulo tão grande diante de um seguimento semestral que realizava. Como sabia que a cirurgia reconstrutiva implicaria maior complexidade para os cuidados e prováveis dores durante a cicatrização, assim como os riscos de rejeição da prótese, decidiu não inseri-la, mesmo tendo recebido indicação médica. Relatou ter se sentido egoísta ao ter decidido prosseguir com o tratamento, tendo solicitado ao marido e filhos não dedicarem tempo aos seus cuidados.

**Foi uma mastectomia total! Tirou toda a mama, não é? Toda. Toda. Toda.** E assim, é... Na verdade, você não tem muita opção, não é? Isso... Ou é isso ou é isso! [rindo]. Ou você... Eu costumo, eu vou falar o seguinte, costumo falar até hoje: o que é uma mama para uma cabeça que tem tantos sonhos? Muito pouco, não é? Então, eu sempre levei muito isso para mim! **O que é uma mama diante disso?** Não é? É fácil ficar sem ela? Não. É uma mudança, não é? De corpo, muito grande! E aí, assim, eu também... eu... eu acho... **eu falo que eu fiquei um pouco egoísta, não é?** Com esse processo todo, que eu esqueci marido, eu chamei os meus filhos, falei assim: "Olha, a situação minha é essa! Então, vamos fazer o seguinte, eu não quero que ninguém pare a sua vida por mim. Esse problema é meu! Essa luta é minha! Claro, vocês vão me

ajudar. É... nesse apoio moral, mas parando a vida suas por mim, não! Eu sei que não é nada simples, mas eu estou aí para lutar e eu vou lutar". E eu falei novamente isso: o que é uma mama diante de uma cabeça que tem tantos sonhos? Nada! É assim... Mas, é um medo muito grande [riso]. Na verdade, é um medo muito grande! É muito difícil... é bem difícil! É bem difícil mesmo, não é? Esse é o momento de muita... é uma turbulência, eu falo! A gente entra assim em um processo que... [gagueja]. Para mim, eu não sei as outras pessoas, mas, para mim, eu acho que o que menos importou, não! Minto! **Foi o fato de eu não... de eu ficar sem a mama! Não me importou! Assim, foi bem tranquilo eu acho quanto a isso. Acho que o medo de outras coisas. O sofrimento físico. A dor! Em si! Dor mesmo física. Isso é uma, uma [gagueja]... É... pode ser... foi sempre uma questão que me preocupou muito, porque realmente é um processo muito doloroso. Muito. Muito. Muito** (Cora, 2020, grifo próprio).

A noção de feminilidade como um termo não-dito, já que não literal, foi interpretada como pelos atravessamentos subjetivos que afetam as decisões desde as apropriações coerentes com um cuidado de si, junto dos esforços para encontrar na aplicação a si o que permitiria sujeitar-se às regras e concretizar uma existência (Foucault, 2014, p. 123). Virginia seguiu a orientação médica dizendo não se importar sobre a necessidade da retirada das duas mamas diante da interpelação do marido esperando que a médica sugerisse não precisar de uma mastectomia total. Clarice, tão logo recebeu orientações sobre a inserção de prótese, mas recuou diante do horror que atribuiu às imagens cirúrgicas de mamas reconstruídas. Carla afirmou ser um privilégio não ter precisado lidar com a dor diante da imagem de mutilação. Para Raquel, diante da intervenção anterior na mama, o desejo era lidar com qualquer intervenção desde que houvesse um diagnóstico preciso. Carolina se sentiu amedrontada ao imaginar que a prótese de silicone, inserida em procedimento anterior, fosse a causa do câncer, mas seguiu a orientação incisiva da médica sobre decidir a reconstrução com esta técnica cirúrgica. O que se deu com medo também por Elisa, diante de dados sobre rejeição pós-cirúrgica e achar feio os resultados de reconstrução, mas seguiu com o procedimento de inserção de prótese de silicone. Tanto Lygia quanto Adélia foram submetidas à quadrantectomia. Lygia, não considerando invasiva a retirada de parte das glândulas, não viu necessidade de enchimento. Já Adélia, sofreu com a cicatrização e, diante disso, adiou a simetrização que diferia o tamanho das mamas. Para Cora, não havia porquê pensar em opções diante do desejo do término do tratamento. Nélide pensou, a princípio, na retirada das duas mamas, e

lidou com o tempo, dentre outros diagnósticos, a não reconstrução de uma das mamas, uma histerectomia e a outra mama com prótese de silicone.

Isto posto, a feminilidade não é substancial como poderíamos atribuir diante de uma enfermidade que põe as mamas em risco, mas é atravessada por meio de dispositivos de compreensão para fazer com que, no processo de subjetivação, as mulheres decidam sobre as situações vivenciadas, expressando, assim, o corpo vivido, o corpo sentido (Zanello, 2018; Csordas, 2008; Laqueur, 2001; Young, 2003; Kleinman, 1998; Schiebinger, 1998; Boltanski, 1971). No entanto, tais dispositivos são constitutivos de uma cultura somática que têm na feminilidade implicações éticas e políticas da corporeidade. Os modelos explicativos que tentam dar substância aos corpos, atribuindo lugares possíveis, materiais e simbólicos, de expressão das sensações, são generificados. No contexto do câncer de mama houve uma aceitação de que os aspectos preventivos são de responsabilidade individual, implicando sentimentos de culpa, pavor e/ou negligência. Implicações estas que serão justificadas nas políticas que terão especificidades para intervir e/ou regular o corpo de forma a desenvolver tecnologias de gênero para que tais dispositivos sejam eficazes (Lauretis, 1994). Os sofrimentos para decidir sobre os procedimentos têm, mais particularmente no dispositivo da maternidade e no dispositivo amoroso, uma atribuição dita feminina condizente a uma tarefa inadiável.

Sendo assim, uma cultura somática, como expressão da corporeidade no empreendimento da manutenção da vida e em decorrência do adoecimento, expressa ações para uma reabilitação da saúde que representa a vida. No entanto, com vistas à uma interpretação da corporeidade, seguindo a análise de Dennis Waskul e Phillip Vannini (2006), toda prática humana é uma relação primária do corpo junto da constituição de uma intersubjetividade para apreender técnicas corporais que expressam sensações somáticas. Deste modo, um significado para a ação, situada num tempo e num espaço, está implicada na reflexividade. Assim, um "corpo-sujeito" é envolvido em processos que são re/produzidos para incorporar capacidades que importam. Por isso dizer que

também nós experimentamos através de numerosos "corpos de significado". Esses "corpos de significado" são literais e metafóricos: o significado é composto em ação incorporada e o corpo é interpretado por estruturas de significado (Waskul, Vannini, 2006, p. 9).

É neste sentido que o soma vem a ser significado nas experiências humanas. A noção de somático é intrínseca a incorporação, daí cultura somática, dizendo respeito a justaposição de ciências que a Sociologia do Corpo exercita, como explicou Luc Boltanski<sup>31</sup> (1971). Neste campo de estudos, os corpos dizem respeito às ações exercidas sobre uma ordem biológica e uma ordem cultural que retraduz e transforma em regras, obrigações, interditos, repulsões, desejos, gostos ou desgostos. A feminilidade se torna, assim, um fato somático, e a reconstrução mamária se apresenta como um dispositivo de prevenção de possíveis traumas relativos ao reconhecimento da própria subjetividade que, de um modo, diz respeito ao "amor próprio, começando pelo amor do próprio corpo" (Dejours, 2019, p. 182). De outro modo, dizer que as pessoas devam se responsabilizar pelo próprio corpo não promove garantias diante de experiências que não cessam de acontecer; a vida, então, é um trabalho nunca feito definitivamente, porque as normas, que são delineadas para orientar nossas experiências, têm limites formados para serem conhecidas e apreendidas, mas nem sempre reconhecidas, porque demandam condições intersubjetivas para tal (Dubet, 2010; Butler, 2019). Isto infere na questão de Judith Butler sobre quais corpos importarão e por quê. Já que a inteligibilidade nas formas como as normas definem a materialidade diz respeito à visibilidade de um corpo. Tal materialidade é sexuada e constitutiva no gênero, sendo fixada em signos, seguindo Butler, que devem ser entendidos como performativos sob os limites desta inteligibilidade que significa a construção social e política do corpo.

Daí, explorar a significância da feminilidade e os efeitos da materialidade dada a este signo, no que perde sua relevância conceitual, pois, empiricamente, é acionada como categoria conforme o empreendimento de encarnação. Ou seja, a feminilidade é encarnada nas experiências a que nossos corpos estão sujeitos; escolhemos ou somos submetidas a determinadas intervenções corporais. De um modo generalista, pensei em uma cultura somática como a atribuição de processos intersubjetivos de incorporação e encarnação, já que toda intervenção corporal é intersubjetiva, logo, toda situação individual é implicação de relações experienciadas. Entretanto, não deixei de considerar que

---

<sup>31</sup> Acrescente-se o trabalho de Boltanski neste campo com a pesquisa sob a orientação de Pierre Bourdieu publicada com o título "As classes sociais e o corpo". Foram analisados dados de 1968 no âmbito governamental sobre a saúde na França junto de entrevistas sobre as "práticas sanitárias", enquetes, para avaliar como o consumo médico foi sendo incorporado como uma "necessidade médica". Tal incorporação diferiu conforme a classe na qual as pessoas estavam enquadradas.

A vida, como afetividade, não pode ser objetivada. Dor, angústia, desejo, amor, sofrimento não são visíveis. Eles se experimentam no escuro. A vida, a afetividade são reveladas apenas na própria subjetividade, ou seja, em uma experiência vivida que permanece, para sempre, uma experiência singular e única. Como a vida só pode se manifestar na individualidade radical, não pode haver sujeito coletivo, não mais do que sujeito social. Essa individualidade se deve à corporeidade mesma. Não há vida sem um corpo para experimentá-la. Sem sentimento, sem afetividade, sem amor, sem um corpo para senti-los em si mesmo. Encarnação é o *sine qua non* da vida: imanência absoluta da vida que se revela para si mesma (Dejours, 2019, p. 154).

Ainda que as pessoas devam se responsabilizar pelo "próprio" corpo, as experiências não cessam de acontecer, por se tratar de um trabalho nunca feito definitivamente, porque as normas, que são delineadas para orientar nossas experiências, têm limites formados para serem conhecidas e apreendidas, e toda experiência demanda condições intersubjetivas para ser reconhecida. De algum modo, atravessa uma feminilidade que será reconstruída porque há uma estrutura do reconhecimento na qual formas de se relacionar com o que é atribuído como feminino coexistem na apresentação de uma imagem corporal por vezes idealizada. A experiência, assim, pode ser singular e única, mas uma representação de feminilidade parece ser acionada como hegemônica, geralmente composta por atribuições corporais que se justificam em intervenções estéticas produzidas de forma gendrada nesta biopolítica do câncer de mama (Klawiter, 2008).

## **CAPÍTULO 2. FEMINILIDADE COMO SOFRIMENTO SOCIAL: O CÂNCER NÃO É ROSA**

Todos os dias passo um tempo meditando a respeito do meu eu físico na batalha, visualizando a guerra real acontecendo dentro do meu corpo. Conforme me movimento para outras partes a cada dia, aquela batalha geralmente se funde com campanhas externas específicas, pessoais e políticas. As devastações do apartheid na África do Sul e o assassinato de pessoas negras em Howard Beach me parecem tão severos quanto o câncer (Lorde, 2020, p. 182).

A partir de uma cartografia do cenário sociológico consagrado ao corpo, articulada e problematizada as reflexões sobre o corpo no campo, Christine Detrez (2002), inspirada na análise da filósofa Judith Schlanger sobre as metáforas do organismo, pensou serem perigosas as concepções implícitas sobre o corpo e poderosas quando explicitadas. Isso foi corroborado com David Le Breton (2006) ao defender uma sociologia aplicada ao corpo, já que este, como espelho do social, "é só um analisador privilegiado para evidenciar os traços sociais cuja elucidação é prioridade aos olhos do sociólogo" (Le Breton, 2006, p. 77). Que elucidações são explicitadas sobre o corpo e como podem orientar um regime para o corpo diante do tratamento do câncer de mama?

Segundo Le Breton, as diferentes teorias no campo das ciências sociais se desenvolveram de modo a ter o corpo ora implícito, ora em pontilhado, de modo a que uma identificação da pessoa nunca se dissocia do corpo, pois as lógicas que orientam a individuação sempre atravessam o corpo. As aparências corporais que vão "revelar" uma ordem biológica e cultural e, evidentemente, fazer perceber a emanção moral capaz de "revelar" a subjetividade humana, quando da implicitude, "enxerga" o corpo como orgânico. Entretanto, mesmo objeto de estudos biológicos, há que se considerar que a interação social tem uma emanção do meio social e cultural observada as condições de existência, daí ser também o corpo um fato de cultura. Uma "corporeidade no domínio da organicidade" (Le Breton, 2006, p. 17) garante a relevância das competências da medicina e/ou da biologia, e também impulsiona uma análise da subjetividade no campo da psicanálise, por exemplo, ao relacionar o corpo à uma estrutura simbólica. Quando não

explicitado, quando "em pontilhado", há uma atribuição dos sentidos e as análises sobre a subjetividade se "revelam" nas incorporações das representações. É a corporeidade socialmente construída. Deste modo, as razões fisiológicas são secundarizadas e as representações correspondem aos usos sociais do corpo, o que diz respeito às referências valorativas, morais e normativas. Nesse sentido, o corpo é o contributo imagético para a legitimação dos sentidos.

Se, para a Sociologia do Corpo, o princípio analítico é a centralidade do corpo, ainda que considerada a multiplicidade de sentidos que tem a noção de corporeidade, o corpo, para Le Breton (2006, p.24) "nem sequer existe. Nunca se viu um corpo: o que se vê são homens e mulheres. Não se vê corpos." A partir dessa perspectiva de um corpo desencarnado, Vitor Ferreira (2013) desenvolveu que o corpo é uma agência que tem capacidades e gramáticas e, sendo assim, pode delimitar uma construção de significados sob aportes metafóricos e retóricos, como se o corpo devesse representar, necessariamente, um dado modelo, seguindo normas de masculinidades e/ou feminilidades.

Ainda que sejam válidas tais considerações que implicam em configurações simbólicas manifestadas pelo corpo, Ferreira (2013) considera imprescindível mobilizar as forças desses signos constitutivos de uma ordem social que é incorporada. Ou seja, o social é incorporado, pois é o corpo o lugar onde se processam os sentidos, é o corpo o operador social das estruturas e esquemas sociais que, uma vez encarnadas, seguem para um estabelecimento de uma identidade. É sabido que há con-formações e resistências, mas também dinâmicas de excorporação, quando há exibição ou ostentação do corpo, como explica:

Esta dinâmica reflexiva implica por parte do sujeito carnal intencionalidade na ação do corpo ou sobre o corpo, envolvendo a capacidade de produzir discursivamente, para si próprio e/ou para os outros, os seus sentidos, de elucidar as suas justificações, de analisar os riscos (físicos e sociais) que envolve, de prever os efeitos que decorrem da ação do corpo ou sobre o corpo (Ferreira, 2013, p. 513).

A excorporação também só pode ser pensada sob uma perspectiva intersubjetiva, pois advém das práticas reflexivas e voluntárias que intentam responder com novas criações ou reinvenções das incorporações que estão, comumente, codificadas em esquemas e categorias de representação e classificação, muitas vezes, hierarquizadas sob modelos hegemônicos. É a ação sobre o próprio corpo, objeto de reflexividade, mediante

uma mobilização identitária traduzida no conceito de imagem corporal, de modo a expressar e comunicar aspectos políticos, psicológicos e sociais.

Logo, a expressão de dada imagem corporal só pode demandar reconhecimento em conformidade com determinadas representações. Então, reconhecer uma imagem de si, implica uma reflexividade sobre o próprio corpo e sobre as representações (re)conhecidas. Será possível afirmar que há múltiplas corporeidades, logo, diferentes feminilidades? Ou há imagens não reconhecidas, já que, muitas vezes, nem mesmo identificadas e constituídas como feminilidades para as mulheres? Nesse caso, diante de processos de dominação, de resistência e de reflexividade, que não são separáveis, visto as problemáticas ora sob perspectivas naturalistas, ora sob as construtivistas, Ferreira (2013) sugeriu que uma investigação sobre os corpos deva se dar

sobre as **vivências sociais das experiências corporais concretas e quotidianas**. [...] [uma vez que a realidade] constitui efetivamente uma base viva, vivida e em devir que **enforma** a construção dessas relações, considerando as bases inevitavelmente **encarnadas** da ação social (Ferreira, 2013, p. 516-517, grifos próprios).

Basicamente, então, uma sociologia do/sobre o corpo, infere que a corporeidade humana seja analisada como um fenômeno social e cultural expresso nas práticas. A Sociologia do Corpo visa tornar perceptíveis as ambiguidades, as disputas, os conflitos de legitimidade e os paradoxos que acabam por orientar as intervenções sobre o corpo. O corpo é, então, *objeto* relacional, uma "interface entre o social e o individual, entre a natureza e a cultura, entre o fisiológico e o simbólico" (Le Breton, 2006, p. 92). O corpo é mediador de significações e produtor de sentidos, por vezes é atravessado, fazendo circular símbolos conforme interações com outros e com o meio. Em suma, a corporeidade é uma estrutura simbólica contemplando representações que se transformam na história, e tal processo de encarnação se trata dessas formas que os corpos são capazes de realizar, portanto, performar. Afinal, é o corpo que experiência, ou melhor, a experiência tem corpo e os sentidos de toda ação são encarnados para significar e garantir uma materialidade (Selgas, 1994).

Sob essa perspectiva de uma construção social do corpo, quero enfatizar que há limites discursivos que podem ser identificados como efeitos já que constituem o corpo dito biológico. A pesquisa de Detrez (2002) apresenta as referências condizentes às noções

científicas, particularmente, da medicina, sobre o corpo, de modo a confirmar como os significados dos corpos estão fundamentados para expressar "fronteiras" que "revelem" demarcações dualistas: inato e adquirido, natureza e cultura, indivíduo e sociedade. As reflexões ontológicas que "dão corpo" à pessoa, uma legitimidade dos estudos sobre os corpos, quando estes são considerados constructos sociais, comumente se orientam para análises do "objeto" de estudo que pode ser interpretado diante da complexidade de uma (de)formação conforme as condições de vida. Por isso é que, na contemporaneidade, os corpos não são tão somente "feitos pela natureza" como se as leis físico-químicas não fossem acionadas via uma dimensão cultural. Em síntese, Detrez (2002) afirma que pessoas em ação são corpos em ação, e sendo o corpo um organismo em ato, as experiências corporais que representarão saberes, valores, técnicas, ou seja, incorporações<sup>1</sup>. Uma análise sociológica vai expressar uma segunda natureza ao considerar mecanismos de naturalização, portanto não isenta uma linguagem onde retóricas instrumentalizam hierarquizações de todos os tipos, sendo o mais comum, segundo a pesquisadora, desde uma justificativa da separação entre a biologia e a sociologia, que a socialização vem a ser essa objetivação do corpo que o reduz à uma substância material e, por isso, garante aceitar uma separação entre corpo e alma (Detrez, 2002, p. 18-20).

Tal separação entre corpo e mente, nos remete ao processo histórico culminado pela Revolução Industrial, pois garantiu a metáfora da energia para o trabalho e, assim, contribuiu para uma atribuição dos tipos físico-morais à fisionomia das populações. Isso porque, essa perspectiva dualista nas classificações (corpo e alma/mente), a exemplo da separação da física com a metafísica junto das explicações retóricas sobre espécies sociais, principalmente por integrantes de um denominado naturalismo reconhecido na antropometria, explicou o funcionamento dos corpos e proporcionou um modelo orgânico sobre o funcionamento da sociedade.

Essa constituição de hierarquias contribuiu para a legitimação de políticas do corpo, tais quais o racismo e o sexismo, que, em síntese, atribuiu um cunho moral para padrões de beleza, bem e harmonia, por exemplo. Deste modo, vão vigorar noções físicas e espirituais

---

<sup>1</sup> Neste momento do texto, Detrez fez referência aos trabalhos que se consolidaram na Sociologia do Corpo, quais sejam, de Jean-Michel Berthelot (citando três artigos publicados nos anos de 1983, 1985, sendo o de 1991 integrante de uma organização de Mike Featherstone), de Chris Shilling (a obra *The Body and Social Theory*, publicada em 1993, é parte de uma série intitulada *Theory, Culture & Society* que teve Mike Featherstone como editor) e de Pierre Bourdieu. No caso de Bourdieu, sua consolidação teórica importou não por análises específicas a respeito do corpo, mas de categorias que dão ação ao corpo, o que fez do intelectual francês uma das referências mais importantes no campo.

junto de uma composição sobre identidades que legitimam uma encarnação de formas corporais de maior ou menor valor<sup>2</sup>. Sendo corpo e sociedade indissociáveis, uma dialética "incorporada" que mobiliza as ações humanas só pode ser interpretada conforme os usos sociais dos corpos que podem ser mais ou menos diversificados conforme as vivências e as representações legitimadas. Logo o determinismo biológico é inócuo e, nessa esteira, há uma produção social e política do corpo sob uma perspectiva de que o organismo pode ser instrumentalizado: ao corpo, o trabalho, potência natural da ação, além do corpo-instrumento, que se fez ícone da modernidade, uma representação a servir de performance para a socialização, expressão de uma modelagem sob dadas morfologias imaginárias, mas que garantem inteligibilidade no âmbito da matriz estabelecida (Butler, 2019). Se trata, como afirmou Susan Bordo (1992), de

reconhecer que o corpo não é apenas materialmente aculturado (por exemplo, como se conforma com normas sociais e práticas habituais de "feminilidade" e "masculinidade"), mas também é mediado pela linguagem: por metáforas (por exemplo, micróbios como "invadindo", ovo como "esperando" por espermatozóides) e grades semânticas (por exemplo, oposições binárias como macho/fêmea, interior/exterior) que organizam e animam nossa percepção e experiência. Não importa como é dominante, inocente ou desconstruído de nossos corpos; em vez disso, estamos sempre "lendo" nossos corpos através de vários esquemas interpretativos" (Bordo, 1992, p. 167).

O organismo pode ser um constructo de mecanismos de socialização, de condicionantes da vida, de modos de agir, de uma imagem ideal que pode se efetivar em corpos reais identificáveis conforme um desenvolvimento de representações. Para os objetivos desta pesquisa, interessou-me refletir sobre essas questões diante dos relatos que, de um modo geral, anunciam uma socialização que acaba por expressar a relação que há entre uma objetivação do corpo, por meio de associações de caracteres físicos e morais, e

---

<sup>2</sup> Detrez discorre sobre a argumentação de René Descartes a respeito da glândula pineal como uma "revelação" do corpo-espírito/alma e a de Hobbes a defender uma governabilidade social demandada uma confiança em um tipo físico-moral do corpo, melhor representado na analogia da máquina, um corpo-objeto, justificada uma organicidade para a construção de modelos mecânicos que se enquadraram a esta racionalidade ascética que caracterizou a modernidade. Segundo a pesquisadora, "o projeto do sociólogo é claro: conferir à sociologia uma cientificidade, e munindo-se de objetos específicos, adotar de certa forma a abordagem biológica, mas aplicando-a aos fatos sociais. A biologia, tal como surgiu no final do século XIX, constitui um modelo de rigor na definição do objeto e do método sobre o qual a sociologia deve ajustar-se para ganhar o estatuto de ciência autônoma. **Os corpos, assim, apresentam modelos interpretativos transponíveis para a organização da sociedade, mas não constituem em si um objeto da sociologia**" (Detrez, 2002, p. 54, grifo próprio).

uma subjetivação que tende a encarnar uma identificação construída. No contexto do câncer de mama, para a análise das experiências das mulheres que colaboraram com esta pesquisa, romper com quaisquer dualismos foi salutar para pensar um atravessamento da feminilidade que proporcione compreender a constituição de uma corporeidade que, diferentemente de formas construtivas, revelam vulnerabilidades incontornáveis.

Foi possível considerar que há um modelo estrutural das relações sociais para um reconhecimento no qual a mulher demanda uma estima à uma identificação como paciente oncológica. Neste âmbito, se espera que uma perspectiva bélica seja incorporada, afinal, as evidências científicas têm apresentado altas taxas de sobrevivência e um percentual de sobrevivida que infere às mulheres uma aceitação dos protocolos. Será, então, estimada a mulher que acreditar que vai vencer a batalha por meio de expressões de otimismo durante o tratamento, característica do que veio a ser denominada uma "cultura rosa".

A partida é considerar a experiência com o câncer de mama um processo que implica um trabalho sobre si mesma, sendo as justificações sobre os "usos do corpo", ou melhor, as formas discursivas que justificaram as práticas, modos de se identificarem em um regime implicado em uma luta por reconhecimento dos cuidados de si e do deixar-se "cuidar" diante das intervenções diante de práticas incorporadas que representam o feminino.

## **2.1. A feminilidade funcional**

Como símbolo da feminilidade, mamas, seios, protagonizaram a representação de um corpo que pudesse ser identificado, e reconhecido, como "feminino". Na pesquisa de Natalie Angier (2000, p.141), foi apresentada a lógica milenar dos seios como "exploradores sensórios" para fazer convergir o estético e o funcional, da amamentação em público às propagandas enaltecendo decotes. Sobre a instituição de uma estética da maternidade amorosa, das mamas como nutrição e de uma obsessão sexualizante, Angier explica:

O que amamos não é o seio *per se*, mas o seio fantasia, **o seio estético que não tem função prática**. [...] vi seios tão variados quanto rostos: seios em forma de tubos, seios em forma de lágrima, seios que pendem para baixo, seios que apontam para cima, seios com mamilos grandes e auréolas escuras e grossas, seios com mamilos tão pequenos e claros que

pareciam ter sido pintados com aquarela. Associamos erroneamente os seios caídos de mulheres mais velhas, quando na verdade a inclinação descendente do seio pode acontecer em qualquer idade; os seios de algumas mulheres caem até a altura dos pulmões desde a formação. Portanto, **o estilo alto e projetado do seio idealizado deve ser considerado mais do que apenas outra expressão de nosso apreço pela juventude** (Angier, 2000, p. 142-143, grifos próprios).

Os seios têm representações diversas considerando a lactação, a luxúria, o excesso ou a falta, mas como não deixam fósseis, são representações esculturais, pictóricas dentre tantas outras referências seja de beleza e/ou utilidade sob uma lógica funcional. Entretanto, ao invés das representações ao longo da história serem expostas por sua diversidade, um intento padronizante nas explicações se deu sobre as regularidades. Como explicou Silvia Federici (2017), foi preciso, por isso, situar a condição universalizante do pensamento ocidental na constituição das corporalidades a partir da substancial natureza conjugada a um processo de alienação a fim de converter os corpos em produtos. Uma materialidade se fundamentou no "plano das ideias" sob investidas discursivas com a concorrência de ciências para demonstrar as "funções" diante de uma sistematização que contribuiu para legitimar formas de controle dos corpos. É por isso que avaliou o corpo como fonte desta materialidade com uma análise da acumulação primitiva na transição para o capitalismo que deu condições históricas e sociais para uma constituição da feminilidade (Federici, 2017).

A feminilidade expressada em representações míticas também tiveram nos seios uma projeção para posicionar o corpo da mulher. Tal como na interpretação sobre Ágata, posteriormente santificada, que foi punida por não aceitar a condição considerada feminina para o seu contexto histórico expressa em uma obrigatoriedade da instituição do casamento que envolvia, necessariamente, a procriação. Ágata, por volta do ano 253 EC, seguindo os preceitos do cristianismo em um contexto de perseguição durante o Império Romano, escolheu a devoção de seu corpo a Cristo enquanto sagrado e intocável negando o matrimônio e, por isso, teve as mamas decepadas pelo mandatário Quintiano (Wegenstein, 2018). No caso das amazonas (Yalom, 1998), referência mítica de mulheres guerreiras da Capadócia, Ásia Menor, se dizia sobre as habilidades no uso de arco e flecha serem desenvolvidas por meio da mastectomia das filhas das guerreiras que se relacionavam com homens somente para engravidar (Angier, 2000). Ou ainda a negação da representação da espalhafatosa Marianne, como analisou Londa Schiebinger (1998) sobre o símbolo da

Liberdade na França, já que as imagens republicanas marcaram as pretensões de cidadania das mulheres como nutridoras, e o seio era a síntese metafórica da natureza e da sociedade, o vínculo entre os mundos privado e público, donde homens virtuosos, como cidadãos do Estado, bebem o "leite" materno da renovação nacional dos seios da colossal Ísis, uma referência da mitologia egípcia. Em síntese, como analisou Yalom (1998), as deusas da fertilidade foram sendo substituídas por deuses fálicos ao mesmo tempo que os seios foram situados num dualismo funcional a que os homens deveriam temer o "lado ruim".

Seguindo a perspectiva histórica do trabalho de Londa Schiebinger (2001), penso que as incorporações de uma criticidade intrínseca às investigações podem contribuir para compreender os significados das formas corporais e de corporalidades estáveis, funcionais, representadas como um capital simbólico (Bourdieu, 2009), mais particularmente no que conferiu às mamas na constituição das feminilidades. A análise de Federici (2017) corrobora sobre um biopoder a partir da conotação sexual da função dos seios, uma vez que, sob um interesse sociocultural tem um caráter populacional, associou as mulheres à uma identificação instintiva, logo, determinante para a reprodução da espécie como força de trabalho. Isto pode ser conferido, conforme Schiebinger (1998), como uma política de gênero com o desenvolvimento taxonômico no qual Carl von Lineu se associou. Como esta historiadora analisou, anos antes da cunhagem do termo *Mammalia* para a taxonomia zoológica, com a publicação do *Systema naturae* em 1758, Lineu dissertou num panfleto datado de 1752 sobre a substituição das amas de leite. O argumento era a valorização do "instinto animal" das parturientes, quando o que esteve em questão era a maternidade, a identificação como mãe por mulheres que pagavam camponesas para amamentar e, quando não tinham leite, eram julgadas como distraídas por prazeres carnavais e/ou citadinos.

Para a primatologista Sarah Hrdy (2001), a disseminação desta ideia, tal como se deu com uma tradução do panfleto de Lineu pelo médico francês Jean-Emmanuel Gilibert, confirmou que "[e]sses homens, que eram mais evangelistas do que cientistas, impuseram seu código moral à natureza, em vez de permitir que as criaturas no mundo natural falassem por si mesmas" (Hrdy, 2001, p. 31). Hrdy analisou que, ademais a importância do aleitamento, Lineu e uma gama de ditos intelectuais, neste movimento anti-amas-de-leite, foram moralistas ao defender um "lugar adequado" às mulheres. Segundo sua investigação, a maternidade deveria estar vinculada à abstenção de intercurso sexual ou às distrações citadinas porque corrompem a atenção integral devida aos filhotes e não ter leite suficiente

ou demonstrar qualquer resistência ao processo de amamentação justificava maior valor dado aos prazeres carnis (Hrdy, 2001, p. 32). Assim, as justificativas a respeito das glândulas mamárias desta categoria de mulheres serviram para rejeitar as que ocupavam os espaços de diálogo sobre as questões de poder público. Como Schiebinger (1998) argumentou, o termo de Lineu, *Mammalia*, contribuiu para legitimar a reestruturação da sociedade europeia na qual as fêmeas de todas as espécies são ternas e é essa "natureza" que deve ser compreendida. Segundo Hrdy, o argumento de Lineu a respeito do dever das mulheres era a natureza justificada por Deus, já que universal, expressa na mensagem "dê-me de mamar!"

A nomenclatura zoológica, como toda linguagem, é, em certa medida, arbitrária, e em muito se trata de termos convenientes para identificar grupos de animais. A nomenclatura é histórica, "surgindo" a partir de circunstâncias, contextos e conflitos específicos. Logo, ao criar o termo, Lineu pretendia destacar um aspecto essencial dessa classe de animais e o moderno evolucionismo foi a deriva para as relações entre machos e fêmeas sob justificações miticamente estabelecidas para "naturalizar" as desigualdades que inferiorizam o "sexo feminino". Os seios serviram como demarcação e classificação assim como o crânio serviu aos frenologistas,

[...] na terminologia de Lineu, uma característica feminina (as mamas lactantes) liga os humanos aos seres brutos, enquanto uma característica tradicionalmente masculina (a razão) marca nossa separação deles (Schiebinger, 1998, p. 227).

Daí o termo *Mammalia* certificou a singularidade feminina em contraposição a razão atributiva do *Homo sapiens*<sup>3</sup>. Esta história do termo é um exemplo dos valores que a ciência ordenou em matrizes culturais complexas com a intenção de dar soluções para problemas sociais, no caso, camponesas capturadas como amas de leite. De ideias pré-concebidas sobre a amamentação, toda essa campanha articulada à produção de ciência

---

<sup>3</sup> Na capa do "Sistema Natural", de Lineu, há uma imagem de Ártemis ou Diana de Éfesos, deusa que, segundo pesquisa de Marylin Yalom (1998), é representada por estátuas de peitos múltiplos. Tais estátuas marcaram o último sinal de adoração pré-cristã inspirada nos mistérios femininos e datam do século I EC. A narrativa diz sobre um padre que deveria ser um eunuco, então, cortou seus testículos e enterrou perto do altar. Quando touros substituíram padres nas cerimônias de castração, seus testículos eram preservados em óleos perfumados e nova cerimônia era realizada para pendurar cada testículo no peito da estátua sagrada. Assim era representada a fertilização diante da virgindade da deusa. Os testículos se assemelham às mamas e são dispostos tal como uma colméia, uma polimastia. A estátua preserva exemplares reconhecidamente originais em madeira e cópias de pedra.

enalteceu a eliminação desta prática por mulheres camponesas empobrecidas e exploradas com as políticas de cercamento de terras. Ainda acrescento que, contra as pobres amamentadoras, Lineu, segundo Schiebinger (1998), deu o exemplo do uso excessivo de álcool pelo imperador Nero e do comportamento tirano de Calígula serem consequências do aleitamento ter sido dedicado por "essas mulheres de classe inferior". Mas o que se deu, conforme Federici (2017), foi uma "profissionalização" como "amas de leite", uma prática de exploração das mamas de mulheres pobres em um contexto de negligência à mortalidade infantil. Se viu, deste modo, como a modernidade, almejada pelos republicanos ilustrados com a Revolução Francesa, se pautou em uma política de gênero (Laqueur, 2001).

No entanto, tais considerações, seguindo o que Angier (2000) apresentou ao se referir a escritora Mary Wollstonecraft<sup>4</sup>, não deixaram de ser problematizadas no "calor" dos eventos de modo a constatar que esses argumentos iluministas excluía as mulheres para o exercício da cidadania. A dita natureza da ocupação da mulher, a procriação, seguiu se valendo do argumento de abstenção do uso do intelecto como preservação do funcionamento das atividades cerebrais já que se relacionam às atividades dos ovários<sup>5</sup>. O que se constatou, diante dos desafios para uma compreensão da gênese das espécies no

---

<sup>4</sup> Diante da célebre "Declaração dos direitos do homem e do cidadão", assinada revolucionariamente no ano de 1789, a obra "Reivindicação dos direitos da mulher", Mary Wollstonecraft (1759-1797), publicada em 1792, respondeu sobre a ausência das mulheres no exercício da cidadania. Filósofa e escritora, participou da denominada "guerra dos panfletos", sendo interessante mencionar sua participação anterior com questionamentos dessa atuação masculinista com texto de 1790 intitulado "Uma Reivindicação dos Direitos do Homem" como resposta ao texto "As Reflexões sobre a Revolução Francesa", de Edmund Burke.

<sup>5</sup> Interessante mencionar que o "pai" da Medicina, Hipócrates que viveu dentre os anos de 370-460 AEC, considerou o útero errante e foi quem desenvolveu uma teoria humoral com referenciais duais também quanto à simetria. Sendo assim, o lado esquerdo era sempre desfavorável, enquanto o direito apresentava características de força, logo, sucesso (King, 1998; Foucault, 2014). Depois de Hipócrates, seguiu-se o galenismo, segundo Thomas Laqueur (2001), hegemônico até meados do século XVIII. Galeno viveu supostamente entre 129 a 199 ou 217 EC e defendeu o isomorfismo a partir do corpo original justificado no sentido ativo do homem, sendo a genitália da fêmea, tal como a genitália do macho, mas interna. A pesquisa de Laqueur apresentou um desenvolvimento desses modelos de sexo único, o galenismo, passando por Andreas Vesalius, famoso por seu *De Humani Corporis*, de 1543, Matteo Realdo Columbus com a "descoberta" do clitóris e dissertação sobre uma teoria da circulação, séculos mais tarde, retomada por William Harvey (1578-1657) que encerra a "história sobre geração e o corpo ainda profundamente impregnada na estética política do modelo de sexo único, com suas reivindicações à autoridade epistemológica, suas estratégias experimentais e sua ontologia de reprodução" (Laqueur, 2001, p. 177). Laqueur afirmou que um esqueleto feminino apareceu registrado somente em 1759 num livro de anatomia e já representava as diferenças de uma política do gênero. Ou seja, não é coerente desprezar as formas de constituição do sujeito diante dessas análises sobre a política no desenvolvimento epistemológico e "é também pouco sincero escrever sobre diferença sexual, ou diferença em geral, sem reconhecer a vergonhosa correspondência entre formas específicas de sofrimento e formas específicas do corpo, de qualquer forma que o corpo seja compreendido. O fato de a dor e a injustiça terem gênero e corresponderem aos sinais corpóreos do sexo é precisamente o que dá importância a um discurso sobre a criação do sexo" (Laqueur, 2001, p. 27).

contexto de desenvolvimento tecnológico conjugado a urbanização e a industrialização, foi uma justificação hierárquica da divisão fisiológica do trabalho por sexo: homens produzem, mulheres reproduzem. Às mulheres coube uma forma discursiva subserviente já que estava comprovada uma dinâmica produtiva dita racional, como analisou ainda Federici quando afirmou que

[...] além da desvalorização econômica e social, as mulheres experimentaram um processo de infantilização legal. [...] Do púlpito ou por meio da escrita, humanistas, reformadores protestantes e contrarreformadores católicos, **todos cooperaram constante e obsessivamente com o aviltamento das mulheres.** [...] Não é exagero dizer que as mulheres eram tratadas com a mesma hostilidade e com o mesmo senso de distanciamento que se concedia aos "índios selvagens" na literatura produzida depois da Conquista. O paralelismo não é casual. Em ambos os casos, a depreciação literária e cultural estava a serviço de um projeto de expropriação. Como veremos, a demonização dos povos indígenas americanos serviu para justificar sua escravização e o saque de seus recursos. Na Europa, o ataque contra as mulheres justificou a apropriação de seu trabalho pelos homens e a criminalização de seu controle sobre a reprodução. O preço da resistência era, sempre, o extermínio (Federici, 2017, p. 200-203, grifo próprio).

Federici interpretou como a perseguição às bruxas, assim como o tráfico de escravos e os cercamentos, constituiu um aspecto central da acumulação e da formação do proletariado moderno, tanto na Europa como no Novo Mundo, e as representações, dentre os séculos XV e XVII e o advento do capitalismo, a respeito da feminilidade, transformaram a reprodução, e demais atividades realizadas por mulheres, em recursos naturais gratuitos. O nexos com a derrota das mulheres, a caça às bruxas, impôs um novo modelo de feminilidade: a representação da mulher como esposa sob as características da passividade, da obediência, da parcimônia, da castidade e sob práticas de tarefas que a ocupem sobremedida e exercitando poucas palavras (Federici, 2017, p. 205). A discriminação de mulheres como mão de obra, a proibição da atividade como parteiras – admitidas como espiãs do Estado até a desqualificação para a prática médica<sup>6</sup> –, a

---

<sup>6</sup> Tal como investigado por Londa Schiebinger (1998), "A história do declínio da parteira e ascensão do especialista é bem conhecida. Médicos formados em universidades passaram a profissionalizar o atendimento à saúde das mulheres (e, ao fazê-lo, a expulsar as praticantes tradicionais da área), que se estendeu igualmente ao cuidado com os recém-nascidos. [...] A supervisão da criação dos filhos tinha sido por tempo demais deixada à administração das mulheres, que não podemos supor possuírem conhecimento adequado para essa tarefa, apesar de elas verem esse terreno como de seu domínio próprio. As avós deviam ser afastadas, com suas ervas, raízes e outras práticas tradicionais" (Schiebinger, 1998, p. 237).

proibição da prostituição e a redefinição da "família" com a aparição da figura da "dona de casa", subordinou uma disposição gratuita de força de trabalho. A reprodução não teve valor como trabalho, ao mesmo tempo em que a pobreza foi femininizada com o aporte do Estado, o patriarcado do salário, a executar um processo de submissão que pode ser definido como um terrorismo de Estado (Federici, 2017, p. 195). Isto porque houve resistência do trabalho assalariado que era visto como uma forma de escravidão no século XVI e "a resposta da burguesia foi a multiplicação das execuções; a instituição de um verdadeiro regime de terror" (Federici, 2017, p. 246). Pois

[...] se na sociedade capitalista a "feminilidade" foi construída como uma função-trabalho que **oculta a produção da força de trabalho sob o disfarce de um destino biológico**, a história das mulheres é a história das classes, e a pergunta que devemos nos fazer é se foi transcendida a divisão sexual do trabalho que produziu esse conceito [mulher] em particular. Se a resposta for negativa (tal como ocorre quando consideramos a organização atual do trabalho reprodutivo), então "mulher" é uma categoria de análise legítima, e as atividades associadas à reprodução seguem sendo um terreno de luta fundamental para as mulheres - como eram para o movimento feminista dos anos 1970 - e um nexos de união com a história das bruxas (Federici, 2017, p. 31, grifo próprio).

De modo geral, esse quadro histórico que apresentei em vistas de uma justificação de um aspecto funcional da feminilidade, tema deste item, visa refletir sobre a perspectiva de controle ainda dominante sobre as orientações para adaptações dos/nos corpos das mulheres. O regime capitalista transformou o corpo feminino numa máquina natural de criação, instrumento para a reprodução de indivíduos a fim da exploração da força de trabalho (Federici, 2017). Sendo assim, contribui para uma produção da feminilidade intrínseca à ocupação com o caráter reprodutivo associado às mulheres que entendo, com base na investigação de Federici sobre "a relação entre a caça às bruxas e o desenvolvimento contemporâneo de uma nova divisão sexual do trabalho que confina as mulheres ao trabalho reprodutivo" (Federici, 2017, p. 30), ao mesmo tempo podem ser interpretadas as justificações a respeito da reconstrução mamária no contexto do câncer de mama. Isto porque a corporeidade está associada às representações constitutivas de uma biopolítica que captura todas as demais capacidades dos corpos (Foucault, 2014; Zanello, 2018).

Se, num primeiro momento, o dispositivo<sup>7</sup> da maternidade é primordial, o que Federici investigou no âmbito do trabalho, cabe avaliar quaisquer outros dispositivos que serão transformados com o intuito de dar visibilidade a uma capacidade mercantil, a garantia de uma representação avaliada como de maior valor. Ainda que diferentes áreas do conhecimento desenvolvessem categorias de explicação, a feminilidade a que acionei nesta tese visou problematizar quando o termo é substancial, com vistas a garantia de uma forma de moldar o corpo. Se no ascetismo medieval era devido renunciar (resistência) ao próprio corpo, com o mecanicismo, rumo à modernidade, o corpo passou a ser objeto de operações para garantir autocontrole, um regime de saber para uma inteligibilidade dos/nos corpos, no que se seguiu uma biopolítica de gênero com dispositivos diversos sob a lógica de um biopoder generificador. Estas condições favoreceram, além de uma concorrência, uma normalização de um modo de produção científica que não somente destituiu mulheres de saberes sobre seus corpos, a exemplo das parteiras, como também as demonizaram. Ademais, o que pôde se verificar foi uma motivação ao estupro justificado nesta atitude desprotegida, já que a noção de propriedade, do corpo como um objeto que pode ser possuído e contabilizado como *commodity*, vinha sendo precisamente mercantilizada e estabelecidas equivalências e contratos em dinâmicas de poder.

A modernidade, conforme afirmou a historiadora Joan Scott (1998), pautou o privilégio da visão como um instrumento associado à razão e inoperante aos corpos com útero, uma vez responsáveis pelo trabalho reprodutivo que consumia energia a afetar a atividade intelectual. Como afirmaram Evelyn Fox Keller e Christine R. Grontkowski (2004):

Na medida em que não parece possível conceber o conhecimento como um registro passivo de dados – o orgulho humano por si só pareceria impedir tal postura epistemológica – então era necessária uma divisão mais nítida entre as perspectivas visual e mental. É esta necessidade que a filosofia dualista de Descartes fornece uma resposta para, o que, argumentaríamos, marcar a dicotomia mente-corpo em si. À medida que a luz e a visão se tornam mais explicitamente técnicas, fenômeno físico, o próprio olho um dispositivo mais mecânico, **o conhecedor ativo é forçado cada vez mais nitidamente para fora do reino corporal. O sujeito torna-se finalmente separado dos objetos da percepção.** Com este movimento, o agente conhecedor perdeu seus últimos vínculos com o organismo perceptivo cujos órgãos dos sentidos podem agora ser

---

<sup>7</sup> O uso do termo dispositivo nesta pesquisa tem como objetivo defender atravessamentos da feminilidade, ainda que não haja uma cartografia que qualifique tal categoria, como se segue a perspectiva deleuzeana.

relegados com segurança ao "puramente material". Tendo feito o olho puramente passivo, toda atividade intelectual é reservada ao "eu", que, no entanto, está radicalmente separado do corpo que a abriga. (Fox Keller; Grontkowski, 2004, p. 215, grifo próprio).

Em suma, temporalidades e espacialidades puderam ser avaliadas nas esculturas, fotografias, depoimentos, vozes registradas, mas tudo isso com diferentes atribuições de valores conforme o movimento epistemológico e, de modo geral, valores devidos ao privilégio da visão. Então, uma ocupação sobre os corpos das mulheres desafiou noções e novas possibilidades de análise (Scott, 1998, p. 298) ao proporcionar uma interpretação de corpos em movimento, "relatos de si mesmo" (Butler, 2015), conscientes ou não, da posição social e do contexto histórico. Sendo assim, se uma experiência pôde ser escrita, nem todas foram comunicadas para serem passíveis de visibilidade. Por isso interessa considerar as atividades do movimento feminista um impulsionador de pesquisas que vão qualificar a histórica invisibilidade das experiências de mulheres por meio da exigência de legislações concernentes aos tratamentos imparciais para homens e mulheres, da organização de registros historiográficos e, até mesmo, arqueológicos (Scott, 1998).

Segue-se disto que as representações do corpo e um enaltecimento das mamas para dar visibilidade às experiências, mais especialmente da nutrição e da sedução, serão diferentemente entendidas sob o crivo de uma análise feminista. Afinal, como apresentado na pesquisa de Susan Brownmiller (2013), "foram os homens que criaram o fetiche de tamanho e forma, pois a capacidade de amamentar nada tem a ver com dimensões externas, e a sensação de prazer reside no tecido erétil dos mamilos, não no volume" (Brownmiller, 2013, p. 19). Ao mencionar o biólogo Desmond Morris<sup>8</sup>, que afirmou sobre a evolução do

---

<sup>8</sup> Susan Brownmiller fez referência ao texto "O macaco nu", original de 1967, mas acrescenta-se que no trabalho "A mulher nua: um estudo do corpo feminino", de 2004, ainda que afirmou o conhecimento das críticas feministas a respeito do apelo sexual natural que atestou no estudo anterior sobre a forma arredondada, continuou sua investigação de que o aumento de tecido adiposo se deu como uma "sinalização sexual", já que tal forma nem mesmo contribuiu para a amamentação. Para ele, uma dupla função biológica, parental e sexual, fez desta última ser exclusividade humana. Disse que durante a juventude, "até uma freira tem seios protuberantes embora permaneçam sem uso durante sua vida" (Morris, 2004, p. 144). Seus argumentos continuaram com a "demonstração" do estímulo tátil que, depois do visual, serviu para, particularmente, se diferenciar do macho e que a idade será determinante para mudanças que, com a disponibilidade de cirurgia estética, as mulheres podem prolongar a "transmissão do sinal primitivo da fêmea de seios hemisféricos firmemente salientes" (p. 148). Logo mais, Morris expôs argumentos sobre o erotismo e a captura por meio de fotografias a fim de desqualificar as críticas sobre suas análises como vieses socioculturais, e ainda quando disse das secreções devido ao estímulo das mamas durante a atividade sexual argumentou que há "um impacto inconsciente que ajuda na excitação sexual", e que as "glândulas areolares podem muito bem fazer parte deste sistema de sinalização de odor primitivo, o que pode explicar porque os machos ao explorar os corpos de suas parceiras gastam tanto tempo bisbilhotando na zona mamária" (p. 150).

seio feminino ter sido uma forma de tornar esta visão frontal mais estimulante para os homens, Brownmiller analisou a objetificação da mulher como um esquema total para julgar e dominar a distância. A percepção do olhar, de admiração ou repulsa, é resultado desta irônica diferenciação entre a nutrição e a sedução pelos mamilos.

Outro exemplo que a pesquisadora mencionou, foi a fotografia de um protesto em 1968, na qual militantes feministas parecem jogar sutiãs numa grande lata de lixo como se tivesse fogo, episódio descrito por ela como irônico. Esse mito da queima dos sutiãs serviu como precaução de um tipo de comportamento político, como explicou:

Pelo que posso imaginar, a lenda pode ter começado inocentemente por algum escritor de reportagens em busca de uma frase inteligente. Os militantes resistentes à guerra queimaram seus cartões de alistamento em fogueiras públicas, então foi ridiculamente imaginativo aplicar a metáfora a militantes feministas, algumas das quais de fato estavam sem sutiã. A queima do sutiã sugeria uma destruição desenfreada e ardente de valores familiares e seguros. As imagens simbolizavam o temido ataque feminista a todas as tradições estabelecidas que mantinham as mulheres e sua natureza sexual confinada e contida de maneira ordenada. **Uma queimadora de sutiã pode ser uma atiradora de bomba, se ela não fosse tão boba e autodestrutiva. E assim o mito pegou, pois atingiu o cerne da insegurança feminina - o medo de não ser apoiada e protegida, não apenas social e economicamente, mas em um aspecto vulnerável da forma corporal** (Brownmiller, 2013, p. 22, grifo próprio).

As mamas, então, tiveram uma funcionalidade junto a um princípio de construção social do feminino. Ao fundamentar a amamentação como fonte da vida, passou-se a naturalizar os cuidados como uma responsabilidade somente de mulheres e uma perspectiva comunitária sobre a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida será articulada economicamente em torno de tudo o que pudesse ser atribuído como feminino (Young, 2005). Nisto, a demanda de incorporações exigiu uma inteligibilidade que atravessou a delimitação de gênero. Deste modo, uma economia, para funcionar de modo sistemático, era necessária como base dessas definições fronteiriças para uma construção de um sujeito auto-idêntico, de uma feminilidade a demarcar. A cientista política Iris Young (2005), analisou essa economia, diante da sua experiência com a mastectomia, decorrente do câncer de mama, como uma reconstituição da identidade corporal. A falta de reconhecimento das referências filosóficas e científicas não dicotômicas no âmbito da subjetividade a incentivou no estudo das propriedades materiais, quais sejam, extensão, posição, velocidade e peso, sobre o que é "reconstitutivo" em aspectos simbólicos. Tal

reconstituição se trata de enquadramento narrativo que tem como finalidade pré-determinar desejos e valores.

Esta contribuição de Iris Young me interessou porque abordou o peito como perspectiva para avaliar a centralidade do significado de si, de sentidos que tem o peito como o centro do senso de pessoa, do estar no mundo, da identidade, e corroboram com problemáticas supramencionadas sobre os seios como um componente fundamental da imagem corporal<sup>9</sup>. Ao explorar alguns aspectos sobre a construção cultural de um imaginário da experiência com os seios como central para a mulher, Young avaliou a problemática do patriarcado por inferir uma objetificação dos seios e da experiência feminina e estabelecer uma fronteira entre a maternidade e a sexualidade. Como contraponto de uma episteme da visão, fazendo referência à psicanalista Luce Irigaray, Young, então, aporta uma episteme do toque, com o interesse da reflexão sobre o desejo feminino e, o fazendo, uma narrativa vem a ser uma estratégia política feminista. No caso, sua experiência apontou para a constituição de uma nova forma de identidade positiva do corpo na qual os seios foram representativos das emoções vivenciadas ao longo de sua trajetória de vida e buscou acionar sentimentos múltiplos e ambivalentes não coerentes com a materialidade binária do patriarcado.

Dito isto, as múltiplas corporeidades que pensei serem coerentes com as diferentes experiências corporais foram atravessadas por aspectos funcionais a respeito dos limites sobre os cuidados a que as mulheres apresentaram como responsabilidades, seja no âmbito doméstico, estendidos à constituição familiar ou comunitária, ou ainda para a continuidade das atividades já realizadas. A funcionalidade atribuída a feminilidade pareceu se adequar à nova condição de paciente oncológica para seguir a "normalidade" da vida, o que pode ser atribuído a uma consciência dualista ou incorporações diante de uma reflexividade dialética (Harding, 1993; Bourdieu, 2009) que faz constituir uma identificação que não necessariamente será reconhecida. Ou seja, as transformações diante da experiência com a enfermidade estão implicadas numa biopolítica do câncer de mama (Klawiter, 2008), mas que, no entanto, há uma busca por outras representações, mais especificamente quando a imagem corporal não mais interessa como uma atribuição do feminino. Devo dizer que identifiquei formas de reconhecimento também reconstituídas conforme as experiências

---

<sup>9</sup> Conforme já mencionado na Introdução desta Tese, pude analisar essa mesma perspectiva sobre a imagem corporal por meio de uma revisão sistemática realizada em trabalho sob minha orientação.

relatadas pelas colaboradoras desta pesquisa no que defendo uma encarnação diante de processos de incorporação diversificados, em muito performados.

## **2.2. A "guerra" contra o câncer: padecer e sobreviver**

Diante da comum atribuição de uma enfermidade contra a qual seja preciso lutar como se estivesse numa batalha, os sofrimentos das colaboradoras desta pesquisa não se limitaram à ânsia pela cura. A metáfora da guerra pode ser identificada no desenvolvimento de políticas de saúde que movimentou campanhas no mundo (Mukherjee, 2010; Sontag, 1984; Sulik, 2011; Teixeira; Porto; Noronha, 2012; Vásquez, 2017) com concepções de cura e de sobrevivência acompanhadas das decisões de cientistas, da indústria farmacêutica, da equipe multidisciplinar desde o diagnóstico aos cuidados pós cirúrgicos de pacientes/agentes no processo da saúde e da doença. A incorporação de uma visão de batalha contra o câncer vai compor as representações que podem ser analisadas sob uma transformação profunda e perigosa diante dos sentidos atribuídos à vida e à morte (Kleinman, 1998). Tal perspectiva está implicada nos sofrimentos que sintetizam uma agência e uma paciência diante da suscetibilidade dos corpos aos protocolos médicos disponíveis. Considerando que toda enfermidade é uma enfermidade social (Turner, 2014, p. 159), os sentidos atribuídos sobre essa experiência podem ser analisados como constructos discursivos do campo médico que delimitam juízos sobre o que é desejável e indesejável e expressam, assim, um "enorme poder de aquisição institucional a respeito do que importa para se levar uma boa vida" (Turner, 2014, p. 276).

Seguindo a análise de Bryan Turner (2014), uma linguagem sobre o câncer de mama justifica a responsabilização individual como efeito da "cultura rosa" que homogeneiza um estereótipo feminino otimista que, sob uma forma neoliberal, expressa uma "tirania da alegria" (Ehrenreich, 2001; Sulik, 2011; Vásquez, 2017). Neste âmbito, a associação da feminilidade na reconstrução mamária remete à prevenção de enfermidades relativas ao esquema psíquico para significar a vitória idealizada sobre uma cura, ou seja, vencer a guerra. Pode parecer óbvio o efeito de enchimento para a autoestima se tratando de um diagnóstico que, comumente, exige uma intervenção cirúrgica para a retirada do tumor. Ainda mais considerando a existência de técnicas cirúrgicas que garantem resultados os mais diversificados. Entretanto, há um esquema corporal como um constructo

implicado em escolhas de procedimentos de intervenção corporal que, de algum modo, estão compostos nas representações diversas e de um senso prático. E é este senso que institui uma produção de si que associa uma apresentação de si nos acontecimentos biográficos que, como afirmou Bourdieu,

[...] tratam o corpo como um lembrete, como um autônomo "que arrebatava o espírito sem que este se aperceba" e também como um depósito no qual são conservados os valores mais preciosos, é a forma por excelência dessa espécie de "pensamento cego ou ainda simbólico" de que Leibniz fala ao pensar primeiramente na álgebra e que é o produto de disposições quase corporais, esquemas operatórios, análogos ao ritmo de um verso cujas palavras foram perdidas, ou ao longo de um discurso que se improvisa, procedimentos transponíveis, voltas, truques, avanços ou atalhos que engendram mediante a virtude da transferência de inúmeras metáforas práticas, sem dúvida quase tão "vazias de percepção e de sentimentos" quanto os "pensamentos surdos" do algebrista. **O senso prático, necessidade social tornada natureza, convertida em esquemas motores e em automatismos corporais, é o que faz com que as práticas, em e por aquilo que nelas permanece obscuro aos olhos de seus produtores e por onde se revelam os princípios transsubjetivos de sua produção, são sensatos, ou seja, habitados pelo senso comum. É porque os agentes jamais sabem completamente o que eles fazem que o que fazem tem mais sentido do que imaginam** (Bourdieu, 2009, p. 112-113, grifo próprio).

Para compreender os sentidos diante da enfermidade, me importou refletir sobre os vínculos afetivos relatados que atravessam pensamento, percepção e ação, incorporando representações subjetivas que, conforme Bourdieu (2009), ao se referir a psicologia social, são efeitos sociais, a exemplo da autoestima. Portanto, dizer de uma imagem corporal é ter como noção representacional um estado de alma, uma vez que a apresentação de si compreende mediações reconhecidas, nem sempre representadas.

Como disse Donna Haraway (2013, p. 38-39), há um processo que vem se desvinculando de uma narrativa de origem que demarcam representações de natureza/mulher "[d]os crescentes processos de dominação ocidental que postulam uma subjetivação abstrata, que prefiguram um eu último, libertado, afinal, de toda dependência" de modo a que "a natureza e a cultura são reestruturadas: uma não pode mais ser o objeto de apropriação ou de incorporação pela outra". E isto implica a sobrevivência diante de uma identidade fraturada, entretanto constituída uma afinidade que faz reconhecer um padecimento que se espera temporário em vistas de uma superação que não necessariamente pode ser atribuída como uma "outra feminilidade", e sim o

reconhecimento de si mesma. Com o devido reconhecimento, Haraway remete a poetisa Audre Lorde à ciborgue, a fim de significar um colapso a essa estrutura diádica do reconhecimento. Lorde viveu o câncer de mama sem encontrar uma representação naquela "batalha contra o câncer" (Lorde, 2008).<sup>10</sup> A superação praticada por Lorde não sofreu diante das orientações médicas e a sua luta será a autoconexão com as "sapatonas" que não lhe foram apresentadas logo que sentiu o "mingau psíquico", efeito anestésico pós-cirúrgico, e obrigada a ter uma voluntária a apresentar uma prótese externa "rosa". O estado de alma de Lorde não encontrou estima na imagem corporal apregoada sobre os disfarces cosméticos ou a reconstrução mamária "garantir" a feminilidade, como explicitou:

Sou uma mulher pós-mastectomia que acredita que nossos sentimentos precisam de voz para serem reconhecidos, respeitados e úteis. Não quero que minha raiva e dor e medo sobre o câncer se fossilizem em mais outro silêncio, nem que me roubem a força que pode haver no centro desta experiência, abertamente reconhecida e examinada. [...] tratei de expressar alguns de meus sentimentos e pensamentos sobre o engano das próteses [a], a dor da amputação [b], a função do câncer em uma economia do lucro [c], minha confrontação com a mortalidade [d], a força do amor das mulheres [e] e o poder e as recompensas de uma vida consciente [f]" (Lorde, 2008, p. 1).

Ainda assim, sob uma metáfora da guerra, uma nova ontologia corporal se expõe diante da precariedade, da vulnerabilidade, da dor, da interdependência, da exposição, da subsistência corporal, do desejo, do trabalho e das reivindicações sobre a linguagem e do pertencimento social (Butler, 2016a). Todas essas possibilidades de constituir um debate ontológico do corpo são coerentes com uma ontologia social, pois

ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social [...]. o corpo está exposto a forças articuladas social e politicamente, bem como a exigências de sociabilidade - incluindo a linguagem, o trabalho e o desejo - que tornam a subsistência e a prosperidade do corpo possíveis (Butler, 2016a, p. 15-16).

---

<sup>10</sup> Apresentei uma discussão mais aprofundada sobre essa perspectiva no 20º Congresso Brasileiro de Sociologia, de 2021, no artigo, disponível nos anais do evento, com base no texto "Los Diarios del Cáncer", de Audre Lorde, intitulado "A mastectomia da guerreira Zami: autodefinição e sobrevivência no diário de Audre Lorde".

Ter reconhecidas as condicionantes para proceder com o trabalho, que é a experiência com a enfermidade, tal como a escrita de Audre Lorde e o compartilhamento de mais experiências de mulheres, caracteriza a "luta permanente", especialmente na expressão da força. E diferentemente de uma perspectiva de construção social do corpo que expressa uma agência, as vulnerabilidades tendem a expressar a paciência diante das condições clínicas justificadas para decidir sobre as intervenções corporais. Mesmo que o campo médico almeje pela paciência, é possível afirmar que, dentre as colaboradoras desta pesquisa, há corpos atentos, onde as emoções mediam um complexo desenvolvimento de três perspectivas sobre o corpo: individual, social e política (Scheper-Hughes; Lock, 1987). Mas que, no entanto, ainda se faz ordinária uma lógica que, ao sustentar a metáfora da guerra, dá maior valor a bondade, a bravura, a força e a vitória do que a maldade, a covardia, a fraqueza e a derrota (Sulik, 2011), a respeito de todas as pessoas envolvidas no processo. Dessa forma, um sistema binário justifica e legitima um consenso simbólico sobre como lidar com o câncer, criando uma segurança nas expectativas e estereótipos de gênero diante das incertezas ambientais, alimentares etc. tal como denunciado nos diários de Lorde.

Um "trabalho de si mesma" é expresso como uma "batalha" pela socióloga Maria Ángeles Durán (2003) em vistas de uma vida com menos sequelas. Também com a escrita tem como objetivo denunciar as situações desconfortáveis impostas durante as análises do seu caso. E chega à conclusão de que há custos invisíveis da enfermidade que recaem sobre os cuidados constitutivos em uma rede de apoio e proteção imprescindível para garantir maior valor a autoestima. Para Durán, o trabalho inicial é a rede de apoio e são questões sociais que implicam decisões individuais. Diz que a especialização no tratamento transfere ao indivíduo a lide com o sentido a respeito dos procedimentos a que foi subordinado. Sobre tal complexidade da "máquina", em referência às instituições de saúde, a autora diz que "[é] preciso que o paciente tenha a ideia de que seu nome não corresponde apenas aos dados frios da ficha clínica, mas que ele é o sujeito integral, que tem sua própria história e vida além das portas da instituição de saúde" (Durán, 2003, p. 45). Deste modo é que considera muito importante que todos lutem para garantir sucesso na batalha, amigos e familiares, ainda mais diante dos recursos diminuídos do paciente. Além da impotência em relação à terminalidade.

Desde que descobriram a doença, tenho outra relação com o corpo. É a sensação de que o habito temporariamente e a qualquer momento pode mudar. Eu vivo o corpo e o corpo me vive, me vive, me adoce, me mata. Dor e incapacidade podem surgir do corpo e, eventualmente, acabarão. Claro, sempre pensei que poderia morrer, não vivo de costas para a ideia da morte, mas desde então essa ideia esteve presente em mim constantemente. **A morte não me assusta, mas a deficiência e a dor sim. Agora que penso muito nela, não o faço de uma forma que me incapacite para a vida, mas sim que me torne mais atento, e mais seletivo em relação a qualquer informação que tenha a ver com ela. Eu leio todas as notícias que aparecem na imprensa relacionadas ao câncer** (Durán, 2003, p. 61-62, grifo próprio).

Mesmo com seu esforço na compreensão do tratamento e dos resultados dos exames, o que muito a incomodava era constatar que toda a estrutura atribuía ao paciente a passividade. Para a maioria das colaboradoras desta pesquisa, a experiência com a enfermidade demandou a constituição de uma rede de apoio que teve como princípio a preservação das relações já existentes, a exemplo da família e da religiosidade, que, portanto, contribuíram para a paciência — em sua relação com o agenciamento — em um processo de subjetivação que tem como efeito o auto reconhecimento como paciente oncológica. Se, a princípio, pode ser entendido como uma luta individual, há uma luta cotidiana por permanecer com o trabalho institucional, seja a maternidade, a família, atividades laborais, particularmente a fim de evitar que outras pessoas expressassem pena como se o adoecimento tolhesse qualquer capacidade.

São diferentes formas de reconhecimento, então, que podem se dar na expressão dos sentimentos diante desta luta que se identifica mais fortemente durante o tratamento quimioterápico. Um trabalho que se justifica em um processo de subjetivação que tem na ideia de enfrentamento a expressão de uma energia qualificada como espiritual (Dubet, 2010). Tal reconhecimento implica na reciprocidade, então, a caracterizar a permanência de uma luta, a exemplo dos seguintes relatos.

Eu penso que a gente tem pra quem a gente precisa estar aqui, pros planos, mas **por meus filhos, de que eles precisam de mim**. Eu penso que quando você morre, acabou pra você, acabou a dor. Mas e a dor de quem fica? Então enquanto eu puder **lutar pra ficar aqui por eles** eu vou fazer! Eu cheguei a essa conclusão. Pra quê meu medo? (Carolina, 2020, grifos próprios).

[...] quando meu marido entrou no carro, eu desabei assim. Porque aí foi como se, uma sensação de segurança por não estar mais só com os meninos. Sabe? Tipo, eu podi... Ali **eu pude realmente me descarregar**

assim. E aí, ele entrou no carro, eu entreguei o resultado para ele. Ele não entendeu nada, porque ele não estava esperando que o resultado fosse ser naquele dia. Não é? E aí, ele falou: "O que é que é isso?". E aí, eu falei, falei: "É o resultado e eu estou com câncer". Aí, ele falou... Aí, ele me abraçou. Eu já estava chorando muito. Ele me abraçou e ficou falando: "Você não está sozinha. Eu estou aqui. Eu estou aqui. Eu estou aqui. Fique calma. Eu estou aqui. Você não está sozinha". Ele só falava isso: "Você não está sozinha, eu estou com você, vai dar tudo certo". Só falava isso. E aí, o nosso filho \*\*\*, de 4 anos na época, ele estava no banco de trás e ele viu aquilo tudo. \*\*\* era bebê e não entendia nada. Não é? \*\*\*, um ano. Mas, \*\*\*, ele olhou e aí de repente ele... ele falou assim: "**Mas, papai, você não é... Você não está só com a mamãe. Nós somos uma família! Olha eu e o \*\*\* aqui também!**", tipo... [riso]. E aquilo foi meio que uma **injeção de ânimo** para mim assim. Porque ao ouvir aquela frase, ele quis dizer isso, não é? Tipo, gente vocês estão aí conversando sozinho, só que vocês não estão sozinhos, olha nós aqui! Ele quis dizer isso, mas para mim não foi isso. **Para mim foi como se Deus falasse comigo assim: "Carla, você tem uma família e você precisa lutar por eles e com eles, para eles"**, não é? Então, foi uma injeção de ânimo aquela frase do \*\*\*. Sabe? Foi uma coisa assim que **me deu uma força!** Que naquele momento eu decidi, assim, vou chorar mesmo, não é? Claro que eu vou sentir, mas ao mesmo tempo **eu vi neles o meu motivo para... para lutar**. Sabe? Eu vi nos meninos, no meu marido, o meu motivo maior para... para não desistir, não é? Para não me entregar. Para... Para seguir em frente! Para enfrentar, na verdade, para **enfrentar todo o tratamento!** (Carla, 2020, grifo próprio).

A maior garra era ela. **Se fosse só ele [marido] eu queria era morrer. Porque era muito sofrimento que eu tinha passado até ali. Mas ela não. Eu sempre vivi muito junto dela, eu gostava dela. É a minha paixão! Eu lutava pra criar ela. Então eu tinha que permanecer: quem vai criar minha filha?** [8 anos na época] É muito difícil nessa hora pensar: vou deixar minha filha nova desse jeito! [...] eu fiz a cirurgia na sexta-feira pra poder em quinze dias eu voltar a trabalhar. Eu voltei a trabalhar com quinze dias, tinha só tirado o dreno. **Eu não queria afastar pelo INSS, sabe!? Então, fiquei os quinze dias afastada e voltei a trabalhar.** [...] tudo isso vai acumulando. E a gente traz tudo para o corpo. A gente sente no corpo. E aí, o corpo da gente, aí, vai... eu acho que aí que vai... [riso]. **Sempre lutando, não é!? Aí.. querendo ser muito forte. Não deixava ninguém perceber que eu estava sofrendo.** Não é? Não deixava (Virginia, 2019, grifos próprios).

Ah, eu tenho a impressão que... que foi um susto, não é? Inicialmente, foi um susto muito grande para ele [marido]. Não é? Para a família toda! Mas, todo mundo me falava: "Ah, mas eu te conheço! **Eu sei que você não vai parar! Eu sei que você vai lutar! Eu sei que você é guerreira!** Eu sei disso! Eu sei aquilo". Não é? [riso]. Não tinha muito o que fazer. Mas, na verdade, você vai achar meio estranho isso. Eu vi em março e aí [riso], mas faz tanto tempo isso, não é? [se refere ao marido que ficou em outra cidade] Então, na verdade... Na verdade ele não me viu muito assim não. Não é? Paciência! O que é que eu posso fazer? Não é? É o que eu falo! Eu acho que a vida é nossa! Não é? A gente tem que estar... Não é essa mosca não! Essa vida é minha! Não é? Paciência. Não é? Tive um

parceiro por um tempo. Mas, agora **eu tenho mesmo é que correr atrás!** [riso]. De certa forma, às vezes, é... às vezes, me dá assim uma certa tristeza. Mas, também você aprende. Eu acho que você fica meio blindada nessa história toda, não é? (Cora, 2020, grifo próprio).

Nesta lógica, o dispositivo materno pode ser entendido como a encarnação de uma força intrínseca à feminilidade (Young, 2005; Zanello, 2018), seja representada como uma "injeção de ânimo" ou como "natureza", ou seja, uma crença em um instinto materno. De uma imprescindibilidade da constituição de uma rede de apoio, a família teve o principal papel, mas ainda com uma referência à mãe, por vezes no papel de avó, especialmente para os cuidados de crianças. Tanto Carolina, Carla e Virginia tiveram a maternagem como motivação primordial para dizer de um enfrentamento com o tratamento. Com Clarice, vivenciando a pré-adolescência do filho, houve o desejo por meio de um pedido para o retorno à uma "vida normal", no que a maternagem implicou em uma angústia sobre a rotina comprometida pelo tratamento. Já para Nélide, o tratamento foi até mesmo considerado tranquilo diante de um "conflito emocional" entendido por ela como prevacente diante de uma separação judicial que a amedrontava sobre a possível perda da guarda da filha. Lygia, Adélia, Cora e Elsa já conviviam com a fase de profissionalização das/os filhas/os que, de diferentes formas, acompanharam a trajetória de tratamento. Raquel não tinha contato com a filha adolescente que vivia com o pai em outra cidade desde a separação. Elisa vivenciava um desejo de engravidar. De diferentes modos, uma responsabilização individual se confundia com o caráter recíproco que exige um reconhecimento como paciente oncológica implicada em formas de sofrimentos que são sociais (Kleinman, 1998). Ainda, de antemão, da reciprocidade relatada sobre os diálogos com a equipe médica, há uma prerrogativa de um enfrentamento com responsabilidade, ou melhor, em respeito ao protocolo médico, considerando que as "armas" são conhecidas e confiáveis diante das evidências científicas.

Uma perspectiva de luta se faz permanente diante das representações sobre o enfrentamento do câncer que são encarnadas como natureza. Sendo assim, as vivências vão legitimar condutas, escolhas, que parecem "individualizadas", entretanto são experiências sociais vinculadas às lógicas de integração e de estratégia e, por isso, pensadas como um trabalho sob a historicidade de determinantes e interdependências (Dubet, 2010). Atribuir com um trabalho a experiência com a enfermidade me interessou para, de uma centralidade do corpo, dar uma condição material para os sofrimentos que são atribuídos como

individuais e intransferíveis, mas deveriam ser socializados diante de um regime que naturaliza os riscos, muito além da constituição de uma rede de apoio ou da legislação que atenda as condições sobre a doença em si.

Quero salientar que, mesmo havendo autonomia da paciente oncológica, conforme essas lógicas explicadas por uma sociologia da experiência, aparecem justapostas causalidades múltiplas entre "ator" e "sistema" que expressam o vínculo entre processos ora objetivos ora subjetivos. Por isso, seguindo François Dubet (2010):

A heterogeneidade das lógicas de ação nos convida, portanto, a pensar na sociedade como um conjunto desprovido de um centro no qual não há regulação a nível da sociedade como uma totalidade, sendo "aberta" a montagem de seus elementos. Não há concordância entre a totalidade e o sentido subjetivo de experiência. Assim como a experiência social é uma combinação de lógicas da ação cujo sentido vem de um **trabalho do indivíduo**, o que chamamos de "sistema social" ou "sociedade" é uma combinação de elementos cuja unidade resulta da **capacidade política dos atores** (Dubet, 2010, p. 139, grifos próprios).

Considerando a mulher como paciente oncológica, a subjetividade e a capacidade política irão tensionar essa contingência relacional visto que os processos de subjetivação são avaliados conforme uma demarcação identitária. Afinal, prosseguindo com a análise de Dubet (2010), toda experiência social proporciona aos indivíduos a construção de uma identidade que, considerada a historicidade intrínseca a tais processos, não pode ser fixada, por mais que haja disputas para tal demarcação. A identidade é social, pois conjuga sentidos atribuídos. Sendo um constructo, é um trabalho envolvido nessas lógicas de ação. A experiência com o câncer de mama é, então, uma experiência social e, portanto, a expressão da heterogeneidade do vivido, manifestada na tensão relativa ao tempo de feitura de procedimentos e suas escolhas. Visando questionar tanto a atribuição de papéis que encarnam uma natureza, da feminilidade que atravessa, comumente, corporalidades, parece haver uma desidentificação que corresponde com o que Dubet compreende de uma "divisão do trabalho" da personalidade, quando afirmou que

[...] a análise concreta de algumas experiências sociais mostra que os atores vivem constantemente nessas tensões, nas interfaces das lógicas de ação. Assim, a maioria dos indivíduos explica que eles são "ao mesmo tempo" um e outro, e a definição "autêntica" de si mesmo se manifesta como um exercício impossível e como exigência da experiência social

quando os atores já não podem "adequar-se" aos seus papéis (Dubet, 2010, p. 168).

Por isso, uma criticidade se faz fundamental na reflexão sobre a constituição do "eu" e, nesta esteira, da moral expressada em princípios de subjetivação ora autônomos ora hierárquicos, ora na agência ora na paciência, sobre as decisões, mais particularmente da reconstrução mamária. Logo, sem a pretensão de uma "ideologia do sujeito", considere que identidade é trabalho e, por isso, não implica numa primazia do sujeito individualista. Há deslocamentos das diferentes condições conforme o processo de subjetivação implicado na enfermidade, sendo a feminilidade um "lugar" de (re)produção e criticidade dos valores ditos femininos atravessados por reforços ou desconstrução de identificações ao longo de uma trajetória de vida.

Isto posto, compartilhar a experiência sobre o câncer de mama se conjugou a um trabalho que, principalmente durante o tratamento, se impôs às mulheres como se deveriam aceitar um otimismo diante das evidências científicas de sobrevivência, principalmente com o tratamento quimioterápico. Sendo assim, acaba por se pensar necessário confiar e aceitar o protocolo médico como expressado no próximo relato:

Ah, que tem cura. Que não dá para você ficar parada. Então, esses dias mesmo, eu estava conversando com uma menina. Ela falou: "Cora, a maioria das mulheres, elas morrem, ou seja, o diagnóstico... **elas não aceitam o tratamento**". Eu falei: "Mas, como não aceitam um tratamento?". É uma coisa que você sabe que é um problema grave. Como é que você não aceita o tratamento? [...] E o que é mais diferente! Você não sabe se você terminou! Esses dias eu falei para a oncologista, falei: "Moça, eu estou curada? Fale a verdade, como é que é isso! Eu estou curada?". Ela falou assim: "Cora, daqui 5 anos eu te respondo" [rindo]. "Você tem vários anos. **Você está em uma guerra. Você tem várias armas. Embora saber agora como é que vai ser usar essas armas**, daqui cinco anos eu te falo". Falei: "Meu Deus! Cinco anos!". Falei: "É! Vamos embora! Então, **paciência!** O que, que eu posso fazer!" [rindo] (Cora, 2020, grifo próprio).

Não obstante, uma lógica dual foi expressa sob uma perspectiva de feminilidade que teve o dispositivo amoroso como uma validação masculina. As expressões de satisfação diante do enfrentamento devido às intervenções corporais apontaram sobre um companheirismo que tem a eficácia de contrapor histórias de abandono. A presença masculina no âmbito da conjugalidade representou um papel não relativo ao amparo condizente aos cuidados, seja com os procedimentos pós-cirúrgicos ou com filhos. No

entanto, o amor, como uma competência da relação com si mesma, uma consciência de si do sujeito que se faz ele próprio objeto (Boltanski, 2000), teve um sentido de reconstrução; o amor é uma prática que não se justifica, mas faz encarnar uma força para enfrentar qualquer orientação para garantir qualidade de vida.

Sob um aspecto geral há uma cultura somática que atribui maior valor às estratégias pacíficas nas reivindicações de apoio público, institucional e financeiro. Assim, a "cultura rosa" se qualifica como um movimento de consenso (Vásquez, 2017), um movimento essencialmente assistencialista e educativo no que diz respeito ao empoderamento e ao otimismo diante do processo saúde-doença. De uma visibilidade da enfermidade atribuída a vitimização, a luta contra o câncer de mama expressa o otimismo da pessoa que sobreviveu. Ao mesmo tempo, os ideais femininos são "reencantados" na feminilidade da vitoriosa, iconizados no "rosa". Ao apresentar o contexto estadunidense na constituição de uma "cultura rosa", Vásquez (2017) afirma que há uma invisibilização de experiências não homogeneizadoras como, por exemplo, as iras e queixas diante de causas ambientais, o número de relatos sobre as dores, o tempo perdido e os efeitos corporais dos tratamentos. Ainda que o movimento de luta contra o câncer de mama seja importante para a interação, a ajuda mútua, a criação de consciência e apoio social,

Existem apenas bons depoimentos das mulheres "sobreviventes". O efeito dessa "cultura" implacável é **fazer do câncer de mama um rito de passagem, não uma injustiça ou tragédia para as mulheres**. A mensagem é clara: as mulheres podem enfrentar as inevitáveis desfigurações da doença e **emergir como "sobreviventes" mais bonitas, mais sexys e mais femininas** (Vásquez, 2017, p. 1349, grifos próprios).

Há uma contribuição para uma homogeneização de um estereótipo feminino e da celebração do individualismo neoliberal sob o imperativo do otimismo como uma responsabilização individual. Uma "tirania da alegria" que não deixa de ser uma preocupação que deve acometer também mulheres brasileiras, como neste trecho de Waleska Aureliano:

[...] observei que embora negando sua redução a "um peito", e com isso refutando a valorização de suas partes em detrimento da sua totalidade enquanto pessoa, as mulheres sujeitos desta pesquisa buscavam constantemente manter certos papéis reconhecidos como femininos na execução dos trabalhos domésticos e dos cuidados com a família, sendo, no entanto, **essa prática percebida por elas mais como forma de**

**resistência à doença e às limitações trazidas por ela do que como sujeição a um modelo culturalmente estabelecido**, embora em outros momentos elas acabassem recorrendo às funcionalidades culturalmente atribuídas às mamas (amamentação, sedução) para negar sua importância para elas (Aureliano, 2009, p. 64, grifo próprio).

Como discutido por Moura *et al.* (2010), o câncer de mama carrega um estigma com forte repercussão psicológica potente na desestruturação do aspecto biopsicossocial, fundamentalmente discutido hoje entre os profissionais da saúde. Por isso, as pesquisas que abordam aspectos socioculturais sugerem uma equipe multiprofissional que possa orientar além de uma "tirania da alegria" quando sentencia a um cuidado de si conformado às prescrições para o aumento da autoestima e para a qualidade de vida que, muitas vezes, não leva em conta as condições socioeconômicas (Vásquez, 2017). As experiências com a doença têm ocupado mais pesquisas a considerar os relatos, tal como no clássico texto de Susan Sontag (1984), que denunciam a não cidadania da pessoa enferma e uma hegemonia de metáforas e representações sobre o câncer de mama que geram uma mistificação:

Meu ponto de vista é que a doença não é uma metáfora e que a maneira mais honesta de encará-la — e a mais saudável de ficar doente — é aquela que esteja mais depurada de pensamentos metafóricos, que seja mais resistente a tais pensamentos (Sontag, 1984, p. 4).

Se prevalecem sentidos que implicam em sofrimentos e vergonhas na identificação da pessoa com a doença, no caso do câncer de mama, por exemplo, há uma incorporação de uma nova identidade da mulher, não somente pela enfermidade em si, mas a respeito da representação de feminilidade, uma vez que será submetida a um tratamento que, via de regra atualmente, faz cair os cabelos e mutilar as mamas. Entretanto, como Vásquez (2017) sugeriu, é preciso uma discussão pública sobre viver com a enfermidade a fim de levantar questões a respeito dos custos com o trabalho — já que muitas mulheres são dispensadas ou obrigadas a solicitarem rescisão de contratos — custos para a judicialização diante das limitações dos sistemas de saúde privado e público ou da seguridade social, custos no cuidado de outras pessoas, comumente mulheres da própria família, e os custos das dores vinculadas ao abandono de parceiros sexuais e das relações sociais anteriores. Todos esses custos são individualizados e não há uma discussão das relações da enfermidade com a responsabilidade pública e privada sobre as incidências da doença, a exemplo do debate tímido sobre pesticidas e agrotóxicos. Fica em aberto uma reflexão sobre a comumente

atribuição da enfermagem no incentivo ao autocuidado que contribui na "minimização de conflitos". Sendo a qualidade de vida prioridade, as mulheres exigem de si mesmas uma "repressão de sentimentos" que possam afetar na rotina de cuidados conforme orientada. Como pode ser entendido do elogiável comportamento expresso por Clarice no seguinte trecho:

[...] não senti muito não, sabe? Perder o cabelo, porque a Dra. \*\*\* brincava, falava assim: "Olha, se..." Não. Não é brincava! Ela orientava... ela falava, não é? "Se o cabelo cair é porque o remédio está fazendo efeito, não é, Clarice? **Vamos pensar positivo, então! E cabelo nasce de novo**". Aí, sempre eu... ela pensava... e ela também tem esse exercício assim de sempre **pensar positivo! Porque aí, eu sempre pensava negativo**. Eu era assim! Aí, eu chegava lá, porque eu tinha que ir no ambulatório fazer a drenagem e aí, às vezes, eu chegava lá, aí uma paciente morria. Aí, tipo assim, eu fazia com 30 pacientes e uma morria! Aí, eu chegava... aí, na próxima consulta, eu falava assim: "Ah, Dra. \*\*\* [tosse], fulana de tal morreu!". Aí, ela falava assim: "E as 29 que viveram!?" Aí, eu: "Ah, é mesmo! É!" Ela falou assim: "**Tem que mudar o paradigma, Clarice! Você pensa negativo!** E tal". Aí, eu fui, pensando nisso aí também. Trabalhando em mim, não é? [tosse]. Porque eu tinha esse pensamento negativo mesmo. Eu só tinha capacidade de ver... Eu não tinha... Eu não tinha percebido! Mas, ela me fez ver que isso podia... Eu não, eu não tinha... eu não percebia isso em mim. Mas, depois eu comecei a perceber! [tosse] E tinha a psicóloga, que também é bem importante! (Clarice, 2019, grifos próprios).

Em síntese, considerando a revisão sistemática a que me referi na introdução (Antonio, Costa, Freitas, 2019), as abordagens qualitativas em pesquisas sobre as experiências com o câncer de mama podem potencializar discussões sobre as orientações a respeito da reabilitação, diante da abordagem biopsicossocial, fazendo referência a um "ajustamento sobre um autoconceito" relativo à imagem corporal do "ser mulher" atributiva de um "desequilíbrio do *self*". Isto porque, mantém uma noção de "essência" do feminino que, no caso da mutilação, passa pelo processo de "luto da feminilidade". O aspecto funcional faz das mamas "determinarem" o corpo da mulher e "demonstrar" a feminilidade por serem "fontes simbólicas da vida e da maternidade". A estética corporal, então, se faz objeto psicossocial na promoção de um "resgate" da feminilidade ou de sua resignificação e, assim, na construção de uma nova identidade. Defendo que essas perspectivas contribuem para que fatores ansiogênicos se mantenham.

### 2.3. Padecer sob os atravessamentos da feminilidade

Quando Virginia relatou um histórico de mágoas que a fazia confiar que o câncer é uma doença emocional, confiava fortemente que seria abandonada pelo marido. No decorrer do tratamento, o companheiro a acompanhou em todas as sessões, o que a fez qualificar como o melhor ano de sua vida. Virginia tinha no trabalho uma motivação para sobreviver e seguir com as responsabilidades atravessadas, mais especialmente, pela maternidade. A luta no tratamento se justificou na dificuldade com o "problema" da criança traumatizada com um diagnóstico que pensou ser uma "sentença de morte". Sua paixão pela filha, o sentido de sua vida, implicava na responsabilidade de cuidar de sua formação.

[...] quando eu estava um pouco meditando assim, às vezes, umas lágrimas escorriam, não é? Que eu pensava: por que eu fui ter isso? Não é? Tinha uma filha novinha. Eu não queria deixar minha filha. **Ele casar com outra mulher. Outra mulher criar. Não sei se ele não ia casar! Mas, outra mulher criar.** Ou ela... Mas, quem ia criar a minha filha!? Porque ele! Rá! (Virginia, 2019, grifo próprio).

O trabalho de maternar e ser responsável pelos cuidados com a filha só poderia ser realizado por uma mulher, na falta dela, outra. A luta tem maior valor diante da condição da filha. Para tanto, Virginia destacou o apoio que teve no ambiente de trabalho durante um ano de tratamento desde a cirurgia. Não parar de trabalhar está justificado no cuidado de si, orgulhosa de sua programação para fazer as sessões semanais de quimioterapia todas as sextas-feiras almejando estar fortalecida nas segundas-feiras, por meio de uma alimentação orientada a consumir, mesmo sem fome, de três em três horas, folhas verdes no almoço, cotidianamente ora-pro-nobis e couve, para evitar anemia, e muito líquido, incluído água de coco. Há um orgulho de ter evitado os efeitos colaterais que vai significar um dispositivo da eficácia que orienta essa satisfação em não parar de trabalhar, representando, deste modo, uma força que tem uma significância na cura (Csordas, 2008). Do melhor ano, a vitória significou o término do tratamento. Até mesmo agendou as sessões de radioterapia, prescritas para 29 dias, no período de suas férias.

Ele [referência ao chefe] me deu apoio o tempo todo. Todo mundo me falava que ele não deixava ninguém me pressionar, ninguém ficar

cobrando serviço de mim, nada! E eu também não deixei nada, **sabe, eu não dei corpo mole. Trabalhei normal! Igual eu sempre trabalhei. Trabalhava muito.** Tanto que eu fiquei lá 32 anos. Trabalhei 32 anos lá na fábrica! Eu aposentei lá e, ainda, continuei trabalhando. Aí, eu tive muito apoio dele. Ele foi uma maravilha para mim esse gerente. Ele chegou lá só pra mim ter o câncer e ele me apoiar. [riso]. É porque tem rodízio de gerentes, sabe? Então, de três em três anos mais ou menos, quatro anos, eles trocam de gerente. Então, ele tinha chegado em janeiro de 1999. Aí, tinha um ano que ele estava lá! Aí, ele ficou 2000 e, ainda, 2001. E deu todo apoio necessário! Todo apoio! Eu tive muito apoio dele. [...] Eu... eu... eu, assim, eu falo com todo mundo: o ano 2000 foi o ano todinho de tratamento. Eu comecei o tratamento em fevereiro. Terminei dia 15 de novembro. Aí, Dra. \*\*\* deu um tempinho para poder fazer a radioterapia. Comecei a radioterapia em Janeiro e terminei em Fevereiro. Foi um ano inteirinho de tratamento. E, aí, eu falo com todo mundo: **foi o melhor ano da minha vida! Eu não, assim sabe, eu não falo para ninguém assim olha o câncer não faz... não é mal para ninguém. Sabe? É uma coisa que vem assim, eu acho, até para te ajudar. Mas, me ajudou muito!** [...] Eu só tive esse problema com Bia. Foi a única dificuldade que eu tive, que para mim não foi dificuldade, eu... **eu lutei!** Para aceitar que ela estava passando por uma dificuldade (Virginia, 2019, grifos próprios).

Buscando muito além de quaisquer atribuições de vaidade, Virginia relatou, como no trecho a seguir, sobre as transformações no corpo que foram sendo refletidas no tratamento. Assim é que Virginia disse ter se ocupado com a "cabeça", como se o corpo se dividisse entre um "exterior" e um "interior", em referência ao "jeito" da pessoa, para justificar a ausência de vaidade. Mesmo assim, houve uma atribuição intersubjetiva com as formas desejadas para a visibilidade do Outro diante das interpelações da filha sobre os cabelos. Porém, pensa que a postura da filha seja efeito de um trauma, já que, aos 8 anos, vivenciou a queda dos cabelos durante o tratamento quimioterápico da mãe.

Eu não sou vaidosa! Você sabe, não é? Você olha para mim, você vê! [riso]. **Eu não tenho vaidade nenhuma! Nenhuma! Eu não ligo com nada!** Eu, se eu tiver uma blusa, uma saia, um trem, eu ponho qualquer coisa! Eu estou de chinelo! Eu ando assim! Eu ando assim. Me sinto bem! E eu me sinto bem assim. Bem tranquila! Vaidade assim, minha filha é vaidosa! Muito! E ela se importa com isso! Ela, ela não gosta que eu sou assim! Ela não gosta que eu sou assim. Que eu não gosto de me arrumar. [...] Eu cresci depois dos 17 anos! Eu era bem pequenininha. Eu menstruei com 17 anos. Aí, foi aí que eu cresci. Eu era pequenininha! Não tinha peito. Não tinha nada! Era lisinha. Eu nem ligava! Nem me importava! **Se eu fosse vaidosa na vida, eu tinha sofrido demais. Porque eu não tinha peito. As meninas já estavam lá com os peitinhos e tal.** Não é? Eu nem ligava! Eu não ligava para esse negócio de... eu falava assim, homem tem que gostar é da minha cabeça, do meu jeito de

ser, não... se eu tiver que conquistar alguém eu quero conquistar pelo meu jeito. Não. Eu não tinha peito. Depois quando nasceu, quando começou a nascer, mamãe me deu um sutiã. Eu usava! Depois eu larguei também, porque era pequenininho e nem... e nem precisava. Eu nem usava! Eu nunca liguei para nada não! Não ligava para arrumar cabelo! Nem nunca fiz escova. Nunca pintei meu cabelo! Nunca fiz nada no meu cabelo! Meu cabelo é todo natural. Assim que eu me sinto bem! Eu me sinto bem mesmo! É coisa minha! Me sentir bem. **Não é porque eu quero, sabe, fazer afronta. Até minha filha vive pedindo: "Mamãe, vamos arrumar! Mamãe, pinta! Mamãe, arruma esse cabelo! Mamãe..."**. E eu gosto do meu cabelo curtinho! O ano passado, mais ou menos abril, maio, ela me pediu para deixar crescer. Eu sempre cortava curtinho. **Aí, ela me pediu: "Deixe crescer". Não, quando eu tive o câncer, ela não deixou eu cortar mais. Ficou um tempão me proibindo de cortar o meu cabelo. **Aí, eu deixei crescer, não é? Porque eu falei: "Isso é trauma dela. Eu não sei resolver. As médicas não resolvem para mim. Então, vamos deixar"****. **Aí, eu deixei o cabelo crescer. **Aí, ela sarou. Falou: "Não, mamãe, pode cortar! Eu sei que a senhora gosta de curto". **Aí, eu comecei cortando curto de novo. **Aí, o ano passado, em maio mais ou menos, ela falou: "O mamãe deixa seu cabelo crescer, que na minha formatura eu quero que ele esteja grande". Ela formou em Dezembro agora desse ano de 2018. Então, eu fiquei o ano todo sem cortar. **Aí, por causa dela. **Aí, agora ela falou: "Pode cortar, mamãe! Eu sei que a senhora está doida para cortar". Porque no calor eu fico... eu fico só com ele preso! Eu morro de calor! **Aí, eu... eu peguei falei: "Ah, não vou cortar não! Vou deixar mais um tempo". Porque eu não sei, pode ser que aconteça alguma coisa e ela vai casar. E eu, como é que faz? Não é? Eu cortava... eu era assim, sempre fui assim! Corto, deixo crescer de vez em quando. Depois corto, deixo crescer de vez em quando, corto. Eu não, nunca... mas, eu gosto curtinho, porque eu sinto muito calor. Eu acho mais prático também. Porque como eu não arrumo nem nada, ele estando curtinho, eu entro, tomo um banho, lavo, durmo, amanheço já está arrumadinho, já saio. Não é? [rindo]. Grande não! Grande atrapalha demais! Para lavar tem que... É. É uma beleza! Mas, eu estou deixando. Vou deixar mais uns meses. Porque eu não sei. **Pode ser que precisa de cabelo grande. [riso]. **Aí, eu estou deixando. Ela falou: "Pode cortar, mamãe! Já está liberada!"**** (Virginia, 2019, grifo próprio).**************

Nota-se uma repetição sobre não se importar com vaidades em relação ao desejo da filha que, muito diferente de Virginia, se ocupa com a aparência. Há um esforço para não se incomodar com uma "falta", com o fato de representar uma aparência desejável tal como ter cabelos longos para as comemorações com o intuito de agradar a filha. Em suma, Virginia compreende que evitar o sofrimento é não ser vaidosa, rememorando o que considerou uma conformação diante de "peitinhos" que ela nunca teve. Sua preocupação se mantém em uma busca pela satisfação da filha, pois se sente responsável diante da condição da enfermidade, inevitavelmente, pelo sentimento de medo da filha.

Adélia qualificou a gratidão por ter conhecido alguém que representava uma "parte masculina" que expressou interesse em construir uma relação. Se referiu à notícia do diagnóstico recebida três meses após uma separação de quase uma década convivendo com o ex-marido no mesmo ambiente sem correspondência amorosa. O relato que se segue expressa como um dispositivo amoroso pode implicar uma validação patriarcal:

Ah, meu peito não é o mesmo. Meu corpo não é o mesmo. É uma mudança muito grande. Ele falou: "Não. Isso aí não importa. O importante é você, o seu, o seu interior. É o seu essencial. Você tem uma beleza que não existe". Então, assim, a importância que eu falo para você dessa **parte masculina** é isso. Faz com que você: "Não fique... Eu não vou ficar para baixo". Eu sei que eu não estou linda e maravilhosa, mas só de ouvir isso, não é, Dalí? Aí, você já... [riso]. O ânimo seu já é outro! Aí, incentiva você a viver, a querer viver, a querer sair, pensar mesmo: "Não, eu tenho que me cuidar. Eu quero viver. Eu quero, eu quero ter, continuar minha vida". E foi através... onde eu falo com ele que eu sou muito grata. Muito, muito, muito grata (Adélia, 2020, grifo próprio).

A beleza passa a significar algo essencial que não pode ser representado por uma imagem, pois não existe, mas corroborado por uma fala motivacional de um Outro, da "parte masculina". A experiência de Adélia ao dizer que o essencial é o interior contribuiu para repensar o valor corpóreo e os cuidados inerentes ao ânimo para aceitar as transformações. Ainda mais complexo devido ao tempo exigido nos cuidados com a cicatrização, tal como aconteceu com Adélia.

Mas, é muito... o corpo da gente. Você não tem noção a transformação é muito grande. Muito, muito, muito. Depois vem a radio, que detona a gente, não é? Olha a pele como que fica! Toda manchada! Indicaram uma dermatologista para mim. Mancha tudo! Você fica toda preta mesma! Porque não pode pegar sol, não pode. Tanto é que eu até hoje eu ainda uso aquela blusa com proteção quando eu saio. Mas, é complicado, não é? Muito complicado. Eu fiz, de radio foram 30. **Eu me queimei toda!** Mas, eu consegui chegar lá. Porque tem pessoas que queimam muito e não conseguem. Aí, têm que parar, não é? Mas, eu fazia muita compressa com o chá de camomila e usava o [nome do creme] da latinha. Eu passava e passava! Mas, foram 30! Bem puxado! (Adélia, 2020, grifo próprio).

Um sentimento de mudança radical fazia tudo ficar mais complicado diante do aconselhamento médico na avaliação para uma cirurgia de reconstrução. Tal confiança na orientação para o enchimento tem a feminilidade atravessada pelo reconhecimento dos

olhares alheios que vão impactar na imagem corporal. Um dispositivo da eficácia pode ser atribuído na justificativa médica para evitar um constrangimento. Isto foi incorporado por Adélia por meio do uso de sutiã com bojo, de roupas com recortes que disfarçavam a diferença entre uma mama e outra, como pode ser lido a seguir.

Muito complicado igual ele [o médico] falando: "Você não pode...". Ele queria já fazer essa cirurgia. Aí, \*\*\* [se refere a filha] falou: "Não, vamos deixar. Vamos dar um tempo". Ele falando: "Ah, porque se fosse minha mãe eu já tinha feito. **É constrangedor para ela trocar a roupa na frente de alguém. Ela não pode entrar em uma piscina.** Ela não pode entrar no mar". Eu fui em um aquário o ano passado, em [local turístico], e eu cismeiei que eu queria ir. Ele não quis deixar. Aí, eu fui. Eu falei: "Eu vou! Eu quero ir". Mas, eu não entrei no mar. Mas, só de ir para mim foi ótimo! Me cuidei direitinho, sabe? Mas, realmente, é uma situação complicada. Você para tirar a roupa na vista de alguém. Não é legal, sabe, Dali? Então, é diferente. É muito constrangedor. Mas, é a vida, não é? [suspira]. A gente vai levando [riso]. É uma situação assim, eu vou te falar... de tirar o sutiã tem que se dar bem, eu coloco um sutiã bonito com bojo e tal e pronto! Olha, para você ver! [mostra o peito]. Esse é maior! Está vendo? Esse que é o problema! Esse que é o pequenininho. Mas, assim quando você coloca o sutiã, o bojo, fica, não dá para perceber. Entendeu? Aí, dá para passar! Mas, é ruim. É uma coisa que... mas, fazer o que? [...] eu fico brincando na beira da piscina. Sabe? Eu fico de roupa, coloco uma roupinha e fico lá. Brinco. Mas, eu aceito. Graças a Deus, é uma coisa assim que **Deus me dá tanta força**, Dali, que eu não consigo chorar por isso não (Adélia, 2020, grifos próprios).

Tem-se, diante deste relato, um atravessamento da feminilidade que necessita ser entendido como constrangedor, particularmente pela sugestão do médico, o que corresponde a uma arbitrariedade patriarcal, encarnando uma demanda por enchimento para não complicar uma situação que implica em poder atribuir um juízo sobre as roupas. Uma imagem corporal, então, não se trata de uma construção individual. Ainda que não queira expor um sofrimento, ao dizer não conseguir chorar, justificando o apoio em sua crença sobre a força de Deus, Adélia se dedica para invisibilizar seu corpo de modo a que outras pessoas não percebam a intervenção cirúrgica, como se segue:

Me incomoda muito, muito mesmo é a questão do, às vezes, eu tenho um vestido, eu coloco um vestido, que por mais que você coloca, porque tem roupa que você não pode colocar um sutiã, não é? Aí, eu fico chateada. Me machuca. Porque aí você não pode usar aquela roupa. Porque **você percebe bem nítido, que um é maior que o outro. É bem diferente. Aí, você fica meio assim. Nem toda roupa você pode usar.** Tem que saber

que tipo de roupa, a cor... a gente tem que estar atenta a essas coisas. Sabe? Do contrário, ninguém percebe (Adélia, 2020, grifo próprio).

De outro modo, Nélida tem como "conflito emocional" a separação traumática não finalizada judicialmente, o que sobrepõe todas as intercorrências. Para Nélida, data ao menos 6 anos do primeiro diagnóstico, quando foi feita a mastectomia da mama direita, e mesmo que "lembre" da mama durante um banho, não a considera "fator principal" de suas preocupações. Menciona, ademais, que lembra da mama porque está com a filha, como pode ser lido no seguinte relato, de modo a não desejar pensar na tristeza a respeito da retirada cirúrgica das glândulas mamárias e das alternativas de enchimento, não cirúrgicas, que experienciou.

Eu não tenho esse problema desse enfrentamento. Mesmo se olharem atravessado. Entendeu? Não. Muito tranquilo. Mulher, eu esqueço de sair sem bojo. Eu coloco sutiã. E saio. E às vezes, **minha filha ou alguém, minha irmã, que sai comigo e tal e fala: "Mamãe, cadê o peito?"**. Você entendeu? Eu não tenho, Dali. Pode ser que eu tenha e não consegui perceber ainda. Eu não sei. Talvez uma especialista vá me dizer. Mas, eu não tenho. **Eu sou tão feliz com a cura. Mas, eu estou tão feliz com o fato de ter tirado aquilo, que ia me trazer a morte**, o fato de ter tirado ali e tal. Eu não... mas, hoje eu coloco uma, um bojo! Eu uso o sutiã e coloco, e adapto o bojo. Mas... Não. É leve. É leve. Tem pacientes e eu ganhei também um peito mesmo. Porque já tem ONGs que fabricam, não é? Você dá o seu tamanho e tal e eles fabricam um bojo de enchimento. Eu ganhei até de alpiste. Mas, o de alpiste, ele incomodou. Esquenta e pesa. E aí, eu não quis muito. Ganhei peruca. **Eu não me adaptei a nada disso. Não! Eu não consigo ficar sem sutiã, porque eu nunca fiquei sem. E isso é uma luta dos médicos que falam que eu preciso ficar sem. Mas, eu não fico. Até hoje, eu tendo apenas uma mama e que é prótese, eu uso sutiã.** Não consigo ficar sem. Não consigo. Adoraria! [sutiã, bojo] Todos! Todos, todos, todos [repete diversas vezes]. Para dormir não, não é? Mas, para sair eu coloco um bojo. O bojo, ele é removível. Então, eu coloco (Nélida, 2021, grifos próprios).

Ainda que Nélida repetidamente afirmasse sobre não ter "problema em enfrentar" olhares de um peito sem mama, afinal, diante da possibilidade da morte, atribuiu maior valor à expressão de felicidade com a cura, não deixou de fazer uso de sutiã com enchimento. É preciso considerar que, quando mencionou um esquecimento, foi questionada pela filha e pela irmã: "cadê seu peito?" Então, ter a reconstrução da mama diz respeito aos sentidos da imagem corporal, de uma (auto)percepção, atravessada por uma feminilidade que não pode ser falível.

Quando iniciou o tratamento, Cora não queria interação com outras pessoas. Assim que fez a primeira sessão de quimioterapia, sentiu vontade de não continuar o tratamento. Entendeu que um desprendimento das atividades cotidianas que tanto a satisfazia deveria se dar. Ocupada em manter suas atividades, Cora entendeu a luta como um foco que não costumava ter. Teve respeitado um apoio que se fez por um dos filhos a garantir seu recolhimento, ainda mais ao considerar que o tratamento se deu no período pandêmico da Covid-19.

[...] eu consegui, eu consegui desligar um pouquinho. Porque essa ligação, às vezes, ela traz um sofrimento muito grande. E aí, eu falo: "Não, agora eu tenho que ter foco". Não é? Eu tenho que ficar muito aliviada. Tenho que fazer com que meu tratamento seja muito interessante, não é? Que eu cui... Interessante assim, no sentido de terminar, de haver na verdade essa entrega, porque eu acho que isso... é... me faz sentir melhor, não é? Falar assim: "Não, eu vou fazer! Estou fazendo e vou terminar isso! E vou continuar". Eu acho, que eu sempre, eu sempre sofri muito... Tendo um foco só, para fazer o meu tratamento, tinha sempre um foco! Eu acho que isso é bom! [...] eu consultei uma psicóloga, **depois da primeira quimio, porque eu falei que eu não conseguia fazer a segunda, nunca! Jamais eu queria fazer essa segunda!** E aí, eu consultei com ela. Ficamos conversando e tudo! Aí, ela falou para... que eu entrasse em contato com pessoas de \*\*\* [nome da cidade] mesmo. Porque tinha muitas mulheres lá fazendo. Eu falei: **"Não! No momento eu não quero". No momento eu não quero muito assim interação, porque eu acho que eu... ou seja, na minha cabeça, a ideia era vamos deixar acontecer, vamos deixar acontecer. Eu não quero muito essa, essa, esse contato, porque eu acho que o que as pessoas falarem ao invés de me ajudar pode me assustar.** Hoje, claro, eu já vejo de uma forma diferente. Mas, naquele dia, naquela época, tanto é que ficou em casa somente, na minha casa ficou só o meu filho, que **deixou de ser meu filho e foi minha mãe** [riso]. Não que eu não tivesse outras pessoas! Eu tinha muita gente! Mas, hoje, eu entendo que aquele era para mim era um momento de recolhimento e não queria festa. Não era um momento de festa. Eu queria recolhimento mesmo. Eu queria estar sozinha com ele. Muita gente não me fazia bem. E foi bem na época do início dessa pandemia. Aí, então, fiquei mais... **Esse momento foi mais respeitado ainda.** Não é? Mas, eu achei que foi melhor assim (Cora, 2020, grifo próprio).

Na experiência de Cora, ainda sobre um dispositivo amoroso, a escolha por um recolhimento foi entendida como uma atitude egoísta também por não se importar com o marido, corroborado sobre a decisão pela não reconstrução mamária.

É... teve uma passagem... que foi incrível, no hospital. Foi incrível! Eu falo assim que os médicos, na verdade, eles deixam muito de ser médicos e passam a ser meus amigos. Eu tenho muito isso, a questão da amizade com as pessoas, não é? A gente deixa muito essa relação de paciente e médico e passa a ser amigo. Aí, eu me lembro que ele chegou no... no quarto, no outro dia, e aí, eu falei assim: "Nossa, doutor! Mas, você tirou mesmo a minha mama! Bem que você falou que ela devia ser tirada". Ele virou e falou assim: "Cora, eu queria muito que você colocasse uma coisa na sua cabeça. **Eu não tirei a sua mama. Eu tirei a doença que estava lá. Você continua com a sua mama**". Aí, eu assim, demorou um pouquinho para cair essa ficha, não é? Tirou a minha mama? Não tirou? Mas, tirou a doença? Demorou um pouquinho para eu entender isso. Mas, não é muito fácil, não! Entendeu? Não é muito fácil você saber que você não tem mais. Mas, aí, também, **ele me deu a opção da prótese. Eu não quis, no momento. Eu não quis, porque eu já tinha visto alguns casos de pessoas que tinham tido rejeição e tudo!** É, é... [gagueja]. Na verdade, você pensa, você não quer que essas histórias te influenciem, mas elas acabam influenciando sim! Não é? Aí, eu peguei, no momento eu falei não. "Não, não quero". Ele falou: "Cora, gostaria que você pensasse muito". Eu falei: "Não. Já está certo isso". Ele ainda falou: "Eu não queria que ninguém te influenciasse". Eu falei: "Não. Ninguém está me influenciando. **Isso é uma decisão minha. Eu não quero no momento. Está tranquilo**". Ou seja, deixa eu viver isso também! Não é? **Deixa eu viver isso! Deixa eu vivenciar essa situação! Quem sabe mais tarde eu resolva!** Mas, mas, não... aí, e essas falas dele para mim foi muito interessante. Não é? Me aliviou bem, não é? Eu falei: "Bom, ele conseguiu! Se era isso que ele queria!" [riso]. Aliviar um pouquinho essa, esse impacto, ele conseguiu! [rindo]. Mas, assim... não é muito fácil! Entendeu? Você vai colocar uma roupa, você olha! E eu imagino, porque eu acho que eu fui muito... [pensa] **egoísta até, não é? Eu não pensei em marido! Eu não pensei em outras pessoas. Porque eu acho que até agora eu não falei de marido para você, não é? Mas, eu tenho marido [riso]. Eu tenho marido. Um casamento assim meio... mas, eu tenho!** E assim, mas eu imagino que para as pessoas que têm essa vida, não é, bem, bem a dois assim, eu acho que é um negócio meio complicado se você não tem uma pessoa que é, que te entenda realmente, não é? Que é parceiro e tudo! Eu acho que fica bem difícil. Eu acho que as mulheres, assim, eu vou dizer, porque eu não tenho vergonha às vezes. Tenho. Sim... Não é? Não é vergonha! Não sei! Eu não sei bem como definir essa questão. Eu não sei bem como definir. Não é? O fato de eu não ter uma mama. Como é que é essa mostra! Não é? Como é que vai ser para mim! Também eu não tive esse mundo aberto ainda. Como é que vai ser para mim ir para a praia, não é? Como é que vai ser para mim ir para piscina, para o clube, trocar roupa no meio de uma, uma grande, não é, outras pessoas? Eu não sei. Eu nunca pensei até nisso não (Cora, 2020, grifos próprios).

Já com as filhas maiores, ingressando em curso superior, Lygia, sob um histórico papel de pai e mãe, entendeu a experiência com a enfermidade como uma contribuição para aceitar que não deve dar conta de tudo sozinha.

Muitas! Muitas atividades! Eu falo que eu faço muitas... Às vezes, é... não é fácil! Não é fácil, porque nesse meio tempo, já entrando na minha vida pessoal. Eu tive um casamento muito complicado. Sabe? Um casamento muito complicado. E **eu tive que anular o meu lado feminino. Eu tive que anular o meu lado feminino para poder ser... [pensa]. Não é, como é que seria a palavra, gente? Ser forte o tempo todo.** Sabe? Ser forte o tempo todo. E isso... É! E isso, às vezes, com o tempo fica pesado. Fica pesado. Não é? Se eu pudesse voltar no tempo e me dar alguns conselhos, talvez, eu não fosse tão exigente. Mas, assim, como uma virginiana, tipo 1. Aquela que... Tipo 1! É! É tipo 1. É porque tem a... os estudos das características, das personalidades, eu sou o tipo 1! Então, o tipo 1, ela é perfeccionista. O tipo 1, ele sempre, se ele tomou a rédea da situação: "Pode deixar comigo". Então, eu sempre fui assim, sabe? Mas, não é muito bom ser forte o tempo todo. Porque na hora, a vida da gente é como se fosse um palco. A hora que termina o espetáculo, as luzes se apagam, você fica só. Entendeu? Então, não é tão interessante ser forte o tempo todo. Entendeu? Por um lado, é bom! Mas, por outro lado, às vezes, você precisa de... sabe? Ser frágil também! (Lygia, 2020, grifo próprio).

Sentindo-se exigente para ser mãe e pai ao mesmo tempo, se identificou como superprotetora e perfeccionista, e entendeu que um "peso" se constituiu. Após anos de um casamento considerado muito complicado, Lygia se identificou como uma menina ao se livrar de um fardo que implicou responsabilidades não compartilhadas. A força para dar conta desse "peso" foi entendida por Lygia como um atributo masculino a que ela se dedicou, mas que foi desagradável, como pode ser lido em referência à sexualidade:

O meu caso sobre a sexualidade é um caso muito... talvez, bem comum para você que é uma pesquisadora. Talvez é um caso comum. Eu, eu toda vida, eu... como eu te falei morava na roça e tudo. E desde sempre, eu era sempre muito bonita. Eu sempre fui, eu fui uma criança bonita, uma adolescente bonita, assim bonita assim: com os olhos bonitos, com o cabelo bonito, com o tamanho, magra! Sabe? Eu sempre fui uma menina bonita! [...] demorei para começar a namorar e o meu primeiro namorado foi o pai das minhas meninas. Eu comecei a namorar, eu conheci ele com 15 anos, comecei a namorar com 18. E casamos, eu estava com 21 anos. E assim, fui criada, igual eu te falei, na ponta do iceberg de duas gerações. Tanto é que a minha mãe ainda tinha relatos de "Ah, filho de fulano se perdeu", as associações de sexualidade da minha família, da minha criação era a sexualidade ligada ao pecado. Entendeu? Então, assim, **tinha que casar de véu e grinalda. Tinha que ser é... a questão da castidade.** Sabe? Então, por morar em uma cidade dita de interior, não é? Porque... e como ter começado a trabalhar muito cedo, eu **não tive muito tempo para dedicar a esse lado.** E em resumo, durante o meu casamento: foi um fiasco. Entendeu? Foi muito complicado. Mas, é muito complicado mesmo! Nada agradável. Nada agradável. [...] **as associações**

**que eu fazia eu não colocava a minha sexualidade como um ponto importante. Eu não dava importância.** E quando eu me separei e tive que assumir o papel de pai e de mãe, esse lado ficou terrível, jogado de lado mesmo. Tanto é que as minhas amigas da escola falavam: "Lygia, mas como uma mulher de 30 e poucos anos não tem vida sexual ativa?". Então assim, eu não tinha mesmo. Porque eu focava toda minha vida para criar as meninas, para fazer meus negócios. Várias outras atividades. Não me dava o direito. Aí, tem o que, tem... a coisa foi passando, foi ficando. Foi ficando de lado. Esse lado, entendeu? Várias outras atividades. Não me dava o direito. Aí, tem o que, tem... a coisa foi passando, foi ficando. Foi ficando de lado. Esse lado, entendeu? Mas, eu falo, Daliana, que aqui, não é, volto a afirmar: a generosidade de Deus com a gente nas dificuldades, nas questões que ele conhece a gente, conhece o nosso coração, conhece aquilo que a gente tem de ruim, de feio, de bonito, ele conhece tudo! E depois que já tinha passado, **já não tinha mais esperança de encontrar uma pessoa, não tinha. Porque se de novo, eu não tinha encontrado, depois de passar por um câncer, de ter uma mama, não é, que não é uma mama que, que seria, não é? 100%, não é? Já foi mexida e tudo.** De ter um monte de veia nas pernas por causa do tratamento também, que atacou muito a minha questão da parte venosa. Eu ia arrumar uma pessoa? Eu não achava que iria arrumar (Lygia, 2020, grifos próprios).

O relato de Lygia é um exemplo da associação da beleza com a sexualidade de modo a normalizar um "lado feminino" como um atrativo às práticas sexuais e que, por isso, escolhas devem ser responsabilizadas, mais particularmente das convenções vinculadas ao casamento, à passagem para a vida adulta, à procriação. Das relações de confiança, sua crença na generosidade de Deus justificou o encontro com um amor depois de uma história na qual foi socializada para se limitar a um casamento. Um atravessamento da feminilidade a fazia desacreditar que "arrumaria" alguém diante de um corpo não mais representativo de uma juventude tal qual uma "menina" que ela atribuiu a uma beleza atrativa. Um sentimento de culpa diante dessas limitações, como pode ser lido a seguir, também contribuiu para justificar o câncer como uma doença emocional.

Tanto é que eu falo que eu gosto muito de conversar com Deus. Eu falo... Muita gente fala: "ah, Deus [gagueja]". "Não, Deus é meu amigo". Um dia, eu cheguei no meu altar e falei assim: "Ó Deus, mas eu vou passar por essa vida e não vou conhecer o amor? Eu acho que o senhor podia mandar um amor para mim". Pois não é que mandou! Sabe? Então, hoje, eu já não, não tenho coragem de virar lá no altar e falar com Deus, que ele não me deu, não me fez conhecer o amor. Porque, hoje, eu sei o que é o amor. Eu sei o que relacionar. Porque, na verdade, Daliana, eu não sei desses estudos que você tem feito, você tenha se deparado com alguém que procurava a culpa nela. **Eu procurava a culpa em mim. Eu achava que o meu casamento tinha dado errado, porque eu não dava conta.**

Entendeu? Porque eu não era boa suficiente. E hoje, eu vejo que não é assim. Eu vejo que eu posso ser eu. Mas, é porque a outra pessoa também pode ser ela. E nós demos certo do jeito que eu sou e do jeito que ele é. Não deu certo não é porque eu era ruim. É porque eu não estava com a pessoa certa. Você está entendendo? Então, eu não tinha que me culpar. Entendeu? Tenho meus defeitos. Tenho minhas culpas. Mas, é porque não era! [...] E não me envergonho de uma mulher de 49 anos conhecer o que, que é ser feliz na cama na minha idade. Porque eu não conhecia. Eu não me permitia. Hoje eu me permito. Entendeu? Eu me permito. Porque assim, quando eu falei com Deus que eu queria uma pessoa, eu também falei com ele que eu também **ia me dar o direito de ser uma menina**. Porque até então eu achava que eu tinha que dar conta de tudo. [...] Então assim, eu penso que o CA é também uma doença emocional. Porque a minha vida não foi uma vida fácil, nesse sentido, emocional. Sabe? Sabe, foi um casamento muito difícil, sabe, de agressões, físicas e agressões verbais. Sabe? Foi uma vida muito difícil. Então, fica as cicatrizes, não é? A gente carrega os traumas, as coisas. Então, **é uma doença emocional** também (Lygia, 2020, grifo próprio).

Sendo uma profissional da saúde, Clarice se sentiu ainda mais cuidada e com um protagonismo garantido, o que a fez se sentir respeitada diante das decisões sobre todos os procedimentos. As justificativas para realizar as escolhas têm a cura como expectativa que demanda força. No entanto, ter se recusado ao procedimento da reconstrução mamária, para Clarice, foi a porta de entrada para um processo de fortalecimento que tinha a cura como objetivo:

Tipo assim, como é que é um corpo, não é, com mastectomia sem reconstituição. Como é que é a cirurgia. Não é? Um mês, dois meses, três meses, não é? Depois. Não é? Depois, não é, que fica no corpo, após a mastecto... [se corrige] a reconstituição da mama. Aí, foi assim. Foi bacana, sabe? Assim. Foi difícil ver, mas foi impor... essencial! Para que eu ficasse forte. Porque eu fiquei forte! Eu falei assim: "Não, eu vou curar!". E aí, eu não me importei. Não me importei! **Fiquei um ano não me importando para a mama. E nem com o cabelo!** Você acredita que eu não estava nem aí para o cabelo! (Clarice, 2019, grifo próprio).

O que não deixa de ter implicado um processo intersubjetivo sobre o procedimento cirúrgico apoiado na oncologista e no cirurgião plástico, mas sustentado por uma justificativa pragmática principalmente relativa ao tempo, como expresso no diálogo que teve com os profissionais:

"Não, eu já decidi, e eu não quero!". Eu já tinha lido que havia risco de fazer a reconstituição da mama e no tratamento da radioterapia, que a oncologista já tinha feito o protocolo e determinado que eu tinha que

fazer, poderia ter rejeição da prótese. Então, você imagina! Eu ia ter que voltar para o bloco cirúrgico pra retirar a prótese! Então, **eu ia fazer uma cirurgia que eu tinha risco de perdê-la e depois ter que voltar pra refazer**. Eu disse: "não quero!" (Clarice, 2019, grifo próprio).

A identificação como paciente e como mulher tem também o dispositivo amoroso como a representação da força, pois, como relatou Clarice, foi surpreendente permitir-se ser cuidada, aceitar uma dedicação ao tratamento, diante de uma rotina intensificante, especialmente devido às atividades profissionais. Se surpreender por identificar ter mais cuidados diante de uma situação na qual é comum o abandono por companheiros, maridos, é expressão de um atravessamento da feminilidade para a funcionalidade do casamento, como é possível depreender do relato a seguir:

[...] essa parte aí de estética e tal não me impactou em nada! Na hora que eu tirei a faixa, eu me surpreendi comigo mesma. E aí, eu fiquei assim, nossa! Fiquei tão, assim, admirada comigo, sabe? De eu estar forte, sabe? E \*\*\* [marido] também. **Ele me dava muita força** assim. Ele não... **Aquilo não me impactou em nada! Entre eu e ele, sabe? Ele, não é, me... [gagueja] me manteve assim amada. Sabe? Não ter diferença, não é?** Porque assim, existem tantos casos lá mesmo. Tinha muitas mulheres que os maridos foram embora e não suportaram o tratamento, o cân... o sofrimento. É! É falavam é que a... A maioria, os maridos iam embora. A maioria! Tipo assim, uma falava: "Ah, mas meu casamento não era muito bom também". Aí, tipo assim, isso foi a gota d'água! Aí, muitas, não é? Separavam mesmo! E \*\*\* não, sabe? \*\*\* ficou junto e tal. Aí, **eu até me surpreendi assim porque teve mais cuidados**. Sabe? Porque, às vezes, não é? Como eu sou muito assim de fazer tudo, de correr, de... e tal. E aí, eu vi, não é? (Clarice, 2019, grifos próprios).

E o fato de relatar não sentir-se impactada em relação à estética foi expresso pela médica como exemplar para ser compartilhado com outras mulheres diante da mastectomia, assim como ela conta.

Aí, Dra. \*\*\* falou: "Agora, Clarice, eu quero saber porque você me surpreendeu após a cirurgia da mastectomia, porque **você não sentiu falta da sua mama**. Assim, você, **a sua atitude, como você chegou aqui, a força que você chegou, me surpreendeu muito**. E eu queria saber porque é importante que nós possamos saber a experiência, não é? Para que a gente possa compartilhar com outras mulheres e tudo, não é, que, não é, **poderão passar por isso: o que fez você ficar forte? Não é? Porque você chegou aqui e parecia que nada tinha acontecido?**". Aí, eu fiquei pensando, pensando. Aí, eu acho que eu demorei uma consulta assim depois, não é para... Eu falei assim: "Ah, Dra. \*\*\* eu lembrei porque que **foi quando eu fui lá no Dr. \*\*\***, que ele

**me mostrou aquelas mamas. Que eu achei aquilo horrível!** Aí, depois aquilo foi... internalizando, assim em mim, aquelas imagens, aquelas... e naquele dia, que ele me mostrou, que eu saí de lá, que eu vim para o seu consultório, que eu chorei. E eu fiquei assim uma semana chorando muito. Aí, eu... depois aquilo passou. Então, quando eu... passou. Aí, **quando eu fui fazer a cirurgia, que eu tirei a mama que eu estava decidida que eu queria curar e que eu não ia me importar mais para mama.** Aí, aquilo me preparou. Me fortaleceu". Aí, ela falou assim: "Ah, então, quando você for lá no Dr. \*\*\*, você agradece para ele". Aí, eu falei assim: "Ah". Aí, eu fui lá, não é? Aí, depois eu tive... sempre eu fico fazendo retorno com eles. Aí, eu fui lá no Dr. \*\*\* e falei assim: "Ô Dr. \*\*\* eu quero te agradecer, porque... **quando eu fiz a mastectomia eu não senti nada! Eu não senti nada! Eu fiquei feliz de ter tirado o câncer. E quando eu vi o meu corpo. Eu fiquei muito feliz e muito grata, porque eu não tinha mais o câncer dentro de mim. Porque aquela cirurgia...**", não é? "Tinha me livrado daquele tumor. Então, eu fiquei muito feliz. E você ter me mostrado aquelas fotos me preparou muito para eu ver, eu ver o meu corpo! Então, o meu corpo que eu ia ter depois da mastectomia, ele já estava internalizado em mim a partir daquela consulta que eu tive aqui, que foi uma consulta de choque, de tratamento de choque, mas que me fortaleceu muito"(Clarice, 2019, grifo próprio).

Ao contar como foi feliz o sentimento de força a partir do impacto diante do horror dos procedimentos cirúrgicos, qualquer expectativa expressa em um sentimento de "falta" tem menor valor. A imagem corporal foi diferentemente percebida conforme as práticas corporais que, como pode ser entendido pelos relatos de Clarice, estão aliadas à independência e à autonomia, a exemplo da transformação que compreendeu diante de um "permitir ser cuidada". Para Clarice, foram as imagens de cirurgias de reconstrução, que considerou horríveis, e sua confiança em "tirar" o câncer, motivações para decidir sobre o procedimento de modo a não se importar com as sugestões implicadas numa imagem corporal que disfarça o processo de adoecimento. O que foi condizente com a confiança no tratamento diante dos efeitos da queda dos cabelos com a quimioterápico.

Também como profissional da saúde, Carla considerou-se privilegiada com a formação da rede de apoio que a fez sentir-se protegida sob a justificativa de uma intervenção divina em cada processo de enfrentamento. Isto melhor se qualifica na menção de um esquecimento das dores intrínsecas a este lugar de paciente e de retirada das suas funções.

[...] foi a época mais difícil porque eu tive que ficar longe dos meninos. Não é? Deixei meu marido e meus filhos aqui. E essa ruptura foi o que mais doeu. Doeu muito mais do que a dor física da cirurgia. Mas, assim,

tive todo esse... esse cuidado, sabe? Então, por isso é que eu falo que essa rede de apoio. Essas... Essas minúcias, esses detalhes, faz toda a diferença! Porque no final, quando toda essa tempestade passa, o que a gente lembra é só disso! A gente não lembra da dor. A gente não lembra do enjoo da quimioterapia. Eu não lembro! Eu não lembro de nada de ruim assim! [sorrindo]. Eu só lembro das coisas boas! Sabe? O quanto eu fui amada! O quanto eu sou amada! O quanto eu fui cuidada! É... É essencial, não é? É fundamental! **Eu acho que o acompanhamento que essa inversão de papéis trouxe para mim, porque antes eu cuidava do paciente. Não é? A partir do momento que eu tive o diagnóstico, eu tive que aprender a ser cuidada. Então, é um trabalho muito, muito complexo isso de se permitir ser cuidada. Uma pessoa que tem a missão de cuidar. Não é?** Muito mais fácil a gente cuidar do que deixar ser cuidada. Então, isso me trouxe muitos benefícios, sobretudo com o olhar para mim mesma. Foi a pausa necessária eu deixar de olhar para o outro e ter uma oportunidade de voltar a olhar para mim. Ter esse cuidado comigo mesma. Então, de realmente me conhecer. Em uma questão emocional, espiritual e também a física. Não é? Porque, o olhar estava todo voltado para mim. **Eu fui retirada de todas as minhas funções.** Não é? Sociais, família, profissionais. Então, isso dói, dói muito! Mas, ao mesmo tempo te faz, te exige esse olhar interior. Não é? Essa... Esse olhar para si mesma (Carla, 2020, grifos próprios).

Essa perspectiva funcional diz respeito às atividades exercidas como esposa, mãe, e profissional e, no próximo relato, confirma a significância de um atravessamento da feminilidade. A lembrança da despedida frente ao espelho, o último momento com as mamas, reafirma o sentimento de privilégio por não vivenciar a imagem de um peito sem enchimento, pois a intervenção cirúrgica com inserção de prótese de silicone foi procedido de imediato à mastectomia. Carla faz uma retrospectiva de sua vida diante do espelho a partir da noção de que uma complexa cirurgia representa um risco de vida, em especial fazendo referência a maternagem como o sentido motivador para a sua vitória nesta etapa.

[...] eu escrevi anteontem, fez 4 anos da cirurgia que eu retirei os seios. E eu es... eu... eu... [gagueja] Eu escrevi muito durante o meu tratamento. E aí, eu postei o texto... é... que eu escrevi na época, sabe? Postei no Instagram. Anteontem! É... **eu senti essa questão da mutilação, mas eu não vivenciei, não é? Eu não... eu não... é... visualizei! Não é? Essa minha imagem.** Até visualizei, porque depois pedi ao médico a imagem da cirurgia [rindo]. E eu vi a cirurgia. Eu precisava ver. Sabe, assim? Eu precisava! Ele falou... ele falou: "Você não... não, não vou te mostrar isso não e tal". Eu falei: "Não, eu quero ver! Me mostra aí!". Eu vi! Mas, assim, momentos antes da cirurgia, eu entrei para o... a equipe médica me buscou era 6 e meia da manhã. Eu acordei mais cedo e fui tomar um banho. E aí, eu entrei para dentro do banheiro. Eu já estava internada. É... porque aí eu internei na noite anterior. Já fiquei lá no \*\*\* [nome do hospital]. E no outro dia de manhã é que eles me buscaram. Quando eu

entrei para o banheiro, que eu tomei banho, eu pensei assim: "É o último momento que eu vou me tocar, não é? Que eu vou tocar nas minhas mamas". E aí, eu tomei banho e tal e enxuguei e fui para a frente do espelho me enxugar... e... no espelho, eu... era um espelho de corpo inteiro assim. E aí eu... **eu visualizei minhas mamas e naquele momento eu fiz uma retrospectiva da minha vida.** Porque era um momento que, era uma cirurgia muito grande, então, sabe aquele sentimento assim, eu senti... é... eu não sei se eu vou voltar. Não é? É uma cirurgia muito grande, não sei como é que vai ser. Então, eu estava muito, muito sensível. Tinha deixado os meninos aqui, não é? É como eu te disse, já teve... já tinha esses sentimentos e... e eu olhei para o espelho e revivi minha história assim, minha vida. E olhei para os seios e pensei, falei: "Cara! Daqui a poucos minutos eles vão ser retirados" [emocionada]. Eu lembrei de tudo! Eu lembrei... da primeira pedrinha que nasceu, que me mostrava que eu estava sendo mocinha. Eu lembrei da bola de handebol, no jogo de handebol na educação física que bateu no meu seio e doeu para caramba. Lembrei do primeiro sutiã. Lembrei da primeira blusa decotada que eu usei, porque o seio já tinha... já dava forma. Lembrei dos momentos de prazer que o seio me proporcionou como mulher. E **por último, eu lembrei... do mais importante para mim, que me fazia mãe. Então, o seio é a construção da mulher.** Não é? Assim, eu fui vendo que... [emocionada, pausa na fala]. Era eu, não é, cara! Era... tipo, ele... me proporcionou todos os momentos assim. E... aí, eu lembrei da... que através deles eu... eu tinha tido a oportunidade de alimentar meus filhos, de proporcionar a vida para eles (Carla, 2020, grifo próprio).

Os sentimentos de Carla exprimem um reconhecimento do seio como construtivo de sua concepção de mulher, sendo mais importante a amamentação, o exercício da maternidade. A despedida significou gratidão e um sentimento de plenitude, de uma história consumada, um corpo que cumpriu a sua função, "foi feito tudo". A guerra contra o câncer tem na mastectomia uma vitória por ter "cortado o mal pela raiz", e as próteses são expressões da preservação de um lugar da feminilidade.

E naquele momento me veio um sentimento de gratidão muito, muito grande! Porque **eu senti como se a nossa história tivesse consumado**, sabe? Foi feito tudo! É... E eu agradecia muito, porque eu pensava naquelas meninas novas que tinham tido diagnóstico e que não tinham... que não iam ter a oportunidade de ter filho, de amamentar, de dar a vida... é... e que talvez não seja importante para elas. Não é? Mas, para aquelas que seria importante, o quanto isso era doloroso. E olhando para isso, eu agradeci muito. Então, eu agradecia e chorava. Agradecia e chorava. E agradecia e chorava. E conversei com meu corpo. Conversei com eles. Me despedi. Agradeci por tudo o que eles tinham me proporcionado [pausa]. Agradeci muito e despedi [emocionada]. E explicando para eles. "Olha assim, olhe só... Tem uma doença aí, em um de vocês e por isso eu preciso retirá-los. Não dá mais para ficar. Porque se não eu vou adoecer o resto do meu corpo. Então, **a gente precisa cortar o mal pela raiz.** Por

isso vocês vão ser retirados agora [emocionada]. E, eu recebo com todo amor e gratidão as novas próteses que estarão no lugar de vocês". Então, eu conversei com meu corpo, assim, eu aceito. Eu aceito. Obrigada pela oportunidade dos novos seios. Sabe? Então, ao mesmo tempo que eu me despedi, parei de olhar para eles. Aí eu já virei as costas para os espelho e falei: "Eu aceito essas novas próteses. Eu aceito essa nova fase. Eu aceito essa nova vida. Está tudo consumado. Está tudo certo". E aí eu fui para a cirurgia depois disso... tranquilona. [riso]. [...] Despedida. E ao mesmo tempo uma acolhida para a nova Carla, não é? Porque... é isso assim! Eu estava me despedindo de uma história e construindo uma outra. Não é? Era uma coisa muito... tipo, muito dinâmica. Vamos pôr dinâmica, porque... uma coisa de despedir e já aceitar o outro que está chegando, não é? [rindo] (Carla, 2020, grifos próprios).

A narrativa de guerra diante da expectativa de "arrancar o mal pela raiz" é exemplar neste sentido. Entretanto, há uma outra feminilidade, afinal, como relatou, há uma nova fase, uma nova vida, que deverá acolher uma nova pessoa, uma nova Carla. Dito isto, há sempre um exercício reflexivo que proporcionou compreender uma agência que compete construir novas relações com o próprio corpo.

No caso de Elisa, assim como com Clarice, houve uma perspectiva pragmática, de um receio do risco de rejeição da prótese de silicone, mas aconselhada pelo marido e a irmã, decidiu pela reconstrução como um procedimento a se realizar no mesmo momento da mastectomia, como pode ser lido no seguinte relato:

E não dá tempo nem de você pensar. Eu não tive muito como, tempo para pensar não! Nem tempo e nem cabeça! Porque **o meu foco não era se o peito ia ficar bonito ou feio. Era fazer a cirurgia e começar as quimios. Estava correndo contra o tempo.** Minha irmã fez essa pesquisa para mim. E aí, ela que ficou. Então, eu fui para o... para consulta com o plástico com um pouquinho dessa visão das fotos que a minha irmã achava na internet e me mandava, sabe? Mas, assim, eu **em momento nenhum pensei na estética! Então, eu falei: "Ah, se for para ficar sem peito eu fico sem peito"**. Depois que passar eu pego e penso em fazer prótese. Tipo, não... Quem foi... os... **os responsáveis pela reconstrução foi o meu esposo e a minha irmã.** Porque eles falaram assim: "Não. Pensa daqui... pensa com a cabeça daqui dois anos. Daqui um ano. Você está com a cabeça de agora! **Você quer ficar livre da doença. Então, você não pode pensar com essa cabeça"**. Aí, eu peguei e falei: **"É! Eles estão certos! Vou seguir o conselho deles. Porque eu não estou parando para pensar mesmo nisso. Porque a minha cabeça não está na estética"**. [...] Se não fossem eles, eu acho que eu acabaria fazendo a reconstrução por uma questão de conveniência, na mesma cirurgia, por uma questão de conveniência. Por que? Porque eu já estava no bloco! Já estava sedada. Já estava com tudo ali. Então, tipo assim, quem já está em uma cirurgia removendo, já coloca! Não é? Eu acho que talvez eu colocaria pensando nesse... nessa questão prática. Fala assim:

"Ah, para quê que depois eu vou ter que voltar para o bloco?". Porque até então, eu não ia imaginar que eu ia ter que voltar mais 4 vezes para o bloco (Elisa, 2020).

A mastectomia deixou sua marca de guerra, mas todo o processo se deu ansiosamente de modo que evitou pensamentos além das recomendações médicas com o apoio da família. Correr contra o tempo se relacionou com evitar pensar na estética a respeito da reconstrução mamária. Entretanto, havia uma expectativa de reconstrução, já que existia a vontade, desde a adolescência, de ter implantes de silicone. Disse que pensava em deixar de ter o peito pequeno, torná-lo mais bonito, e ficar linda e exuberante como já vira em amigas. Informada sobre o procedimento da mastectomia com o cirurgião plástico viu resultados que considerou "cada coisa mais horrorosa que outra!" e pensou, revoltosamente, em não fazer. Foi "um banho de água fria", somado com o medo das rejeições, considerado o tratamento que viria, mas que em conversa com o esposo e a irmã, decidiu acatar. Pensa que a intermediação da irmã e do marido foi decisiva para o aceite deste procedimento. O que também atribui como uma decisão muito provável, sendo conveniente executar a cirurgia já que seria inserida em um mesmo momento no bloco cirúrgico para a mastectomia. O pragmatismo a respeito dos procedimentos serem feitos de imediato é o argumento mais presente, mas que necessita o trabalho cirúrgico da mastologia e da plástica.

Igual eu tenho uma cicatriz feia. Igual essa aqui foi a prótese que rejeitou muito. A de cá nem aparece. Olha! Eu falo: "Está ótimo! Essa cicatriz aqui". Meu esposo falava assim: "Ai, **isso aí é marca de guerra! Isso não é cicatriz!**". **Então, tipo assim, te faz... é... relacionar melhor com o corpo.** Nesse sentido. Sabe? Tipo assim: "Pouco importa! O que importa é a minha saúde! Se eu estou... gorda! Se eu estou magra! Se eu estou com o cabelo cheio! Se eu estou com o cabelo murcho! Se meu peito está bonito ou feio? Pouco importa! O importante é eu estar bem! E estar saudável". Como se diz é de fo... é de dentro para fora! Não de fora para dentro. Não é? Então, minha relação com o corpo... eu nunca fui muito ligada também não, sabe? Eu nunca fui uma pessoa... que ficasse muito, tanto que igual eu te falei, eu tinha vontade de por silicone, mas nunca pus. Sabe? [estala a língua nos dentes]. Deixa... Tinha vontade e coisa e tal, mas passou! E... Então, assim, eu não... eu não mudei muito assim não. Aprendi mais a me dar valor. E me achar bonita de todo jeito! Tipo... ah! **A auto-estima mudou assim para... mas, não em virtude da mastectomia, mas em virtude, eu acho, do processo de tratamento, não é? Do câncer!** (Elisa, 2020, grifo próprio).

Carolina entendeu o marido como um amigo que a motivou a usufruir a vida tentando seguir a rotina já estabelecida entre eles, e teve na mãe o amparo com o cuidado dos dois filhos, uma proteção que contribuiu para a decisão pela cirurgia de reconstrução, já que sua preocupação primordial era não poder pegar os filhos no colo. E, ainda, somou o receio da queda dos cabelos causar um estranhamento, tal como relata a seguir:

**Eu nunca imaginei essa hipótese do meu marido não me querer por conta disso, sabe? E ele sempre me fez me sentir bonita, me sentir bem, sabe? Me sentir amada, me sentir desejada. Então, isso foi muito, muito, muito importante para mim e fácil de levar, sabe? Muito! Muito! Muito!** Assim, a parte da calvície assim que mais me preocupou... porque quando eu fiz a primeira quimioterapia, a doutora falou comigo: "Olha, dentro de uns 21 dias no máximo, o seu cabelo vai cair". E aí, é... uma pessoa maluca, a gente não pode ficar dando muita confiança quando você está com um diagnóstico assim, você tem que saber com quem você conversa. Sabe, Daliana? E uma pessoa falou assim comigo: "Nossa! A minha mãe, o cabelo caiu e os meus filhos ficaram com medo dela. Tudo correu dela". Aí, eu falei: "Nossa!". Aí, minha filha, alguém falou assim comigo: "Você vai dormir com cabelo e acordar sem cabelo. Porque o cabelo cai de uma vez". Então, assim, eu achei que... eu achei que eu estaria na missa e que me cabelo puf! Ia cair! Ia ficar careca ali no meio de todo mundo! Eu achei que eu ia estar dormindo e, que eu iria acordar e, que não teria nenhum cabelo. E que meus filhos iam correr de mim! Então, assim, **eu preoquepei muito mais com os meus filhos do que comigo. Talvez foi até um cuidado de Deus comigo para mim não me prender a essa questão de cabelo. Porque eu preocupava só com a reação dos meus filhos!** (Carolina, 2020, grifos próprios).

Pode-se dizer ainda sobre os atravessamentos da feminilidade associados a uma imagem corporal que não devesse se restringir a uma referência de enchimento das mamas, a exemplo da modelo e atriz mencionada no excerto abaixo. Pode-se inferir que uma feminilidade até mesmo diverge quanto aos desejos, sejam representativos de seios fartos ou de uma aparência similar a modelo, que não tem enchimento, e a ideia de que a vaidade se vincula a frequência em academia visando uma modelagem corporal.

É... então, eu precisei de... eu não sei se... **eu não consigo te falar, te lembrar com precisão se eu tinha problema com a autoestima. Mas eu acho que não! Sabe? Assim, eu era, eu era muito feliz com o meu corpo, comigo, com minha imagem! Eu não sou uma mulher vaidosa! Eu não sou uma mulher vaidosa. Eu nunca fui uma mulher de ir à academia.** Não que eu não ache bonito. Sabe? Mas, assim, eu não tenho coragem [rindo]. Eu falo... já peguei umas fotos de umas mulheres bem bonitas, já trouxe aqui para casa, falei: "Nossa!". Já peguei uma foto de

Bruna Marquezine e aquele corpo dela e falei: "Nossa! Eu quero! Meta de vida!". Depois eu falei: "Eu que não vou deixar essa mulher aqui para o meu marido ficar admirando ela" [riso]. Tive até que tirar ela daqui, sabe? Mas, eu nunca fui corajosa nesse ponto de... de... de ser assim, de buscar muito isso não! Sabe? De buscar muito isso não! É... Então, eu sempre fui feliz nesse ponto, sabe? E quando eu falei com você mesmo que **eu não queria colocar a... o silicone, eu estava muito decidida que eu não queria colocar o silicone.** Eu não sei te falar como que seria o processo, quero dizer, eu sei te falar sim! Eu sou tão feliz hoje com o meu corpo, que **talvez se eu não tivesse feito eu não seria feliz. Então, assim, esse processo de aceitar, esse processo da intervenção assim foi muito tranquilo, porque também eu tive muita segurança com quem eu estava! Com as médicas que eu estava! Então, quando ela falou: "Não, nós vamos... vai ter essa intervenção cirúrgica sim! É nós vamos colocar a prótese sim!"**. Eu falei: "Tudo bem!". **Eu não fui nem de debater muito não! Sabe? Eu aceitei!** E assim, foi muito fácil de lidar com isso porque eu já era muito, muito satisfeita com o que eu tinha e eu não vi essa... eu não vivi essa mudança radical. Eu não vivi essa mudança radical! Então, não, não... foi fácil de... essa aceitação, sabe? Muito fácil! (Carolina, 2020, grifo próprio).

Deste modo, Carolina enfatizou uma confiança médica diante da classificação do tipo de câncer a enquadrar como uma paciente de alto risco, um "pesadelo" ao receber o diagnóstico, como uma "sentença de morte" a respeito do câncer. Um movimento de acompanhamento de cada fase, ao invés de se ocupar previamente sobre os procedimentos, foi decisivo para amenizar a dor sentida diante do medo de um novo diagnóstico de câncer. Para sair da zona de risco e diminuir a chance de viver um câncer novamente, aceitou as recomendações sobre ter foco em um trabalho psíquico de agradecimento em detrimento de reclamações. Era importante reforçar a "vida que segue" sem "mergulhar" no diagnóstico e, assim, reforçar a vida como uma prioridade na forma de viver sem reclamações.

Ademais, para Carolina, as condições de sua vida foram proporcionais na satisfação para o cumprimento do protocolo, mesmo que a fase da reconstrução mamária implicasse o medo do câncer estar associado ao implante de silicone, cirurgia que fizera anteriormente e que, neste momento, pensou em dispensar, uma vez que associou com uma vaidade que, sendo exclusivamente estética, tinha menor importância. Já ter realizado um procedimento cirúrgico a fez ter medo da prótese ter sido a causa do câncer e, assim, se sentiu obrigada a recusar uma intervenção estética para dar maior valor à cura, o que, também de forma incisiva, se deu com contrariedade durante o diálogo com a médica oncologista.

Neste sentido, a relação médica-paciente foi, mais uma vez, determinante, afinal, reforçou o motivo do que considerava assustador: seria a prótese de silicone a causadora do tumor identificado, tardiamente, já com 4,5 centímetros? Carolina confiou na confirmação das pesquisas científicas informadas pela médica não ter permitido que ela recusasse a cirurgia de reconstrução mamária. Sentiu-se mais confiante depois que leu relatos de mulheres sobre traumas, valorizando a " vaidade mesmo " e seguiu o protocolo de reconstrução mamária justificando, sob uma perspectiva prática, o fato de já estar no bloco cirúrgico para realizar os procedimentos de uma só vez.

[...] quando eu fui pesquisar, por exemplo, sobre a mastectomia. Eu não atrolei as fases, sabe? Eu deixei para pensar na mastectomia no momento que fosse a mastectomia. Então, assim, eu terminei nas minhas pe... últimas quimioterapias, quando eu voltei para a mastologista, que eu... que eu ainda fiquei confusa: "Quem vai me operar?". Eu achei que quem me operava era a oncologista. Depois que eu fui descobrir que era a mastologista [rindo]. E aí, quando eu voltei, ela... eu falei para ela: "Ô doutora, é... como é que é esse processo da mastectomia?". Aí, ela me explicou que faria a remoção, não é, das minhas glândulas mamárias e que faria a reconstrução da mama. Quando eu fui na en... Aí, de imediato, **eu falei para ela que eu não queria inclusão de prótese de silicone. Eu falei: "Eu não quero". E aí, porque eu não sofri com essa questão de... da vaidade, sabe? Isso não me abalou em nada! Meu cabelo cair não me doeu em nada. Como eu te disse, eu só queria viver. Então, para mim não importava se eu vivia, se eu tivesse careca. Não importava... no dia que eu decidi que eu queria era viver! Para mim não importava como que eu iria viver! Eu só queria estar viva! Se era fazendo quimioterapia semanal por 10 anos, não tinha problema! Eu queria viver! Se era careca, não tinha problema! Eu queria viver! Se era sem peito, também não tinha problema! Eu queria viver! No processo... nesse processo, eu queria era estar viva!** Então, assim, eu foquei muito nisso! (Carolina, 2020, grifo próprio).

Uma reconstituição do *self* pode ser entendida quando Carolina se referiu a uma perspectiva egoísta a esta nova definição de si correspondente a uma autoestima implicada na vontade de estar viva para "usufruir" ao invés de "destruir" as condições disponíveis, como neste relato:

[...] É tanto que eu fiz a minha primeira quimioterapia na sexta-feira, no domingo meu marido falou: "Vamos para o \*\*\* [nome do clube]". Eu falei: "Vamos". Fui para o \*\*\*, consegui assim, sabe? Porque ele falou: "Nós não vamos ficar vivendo isso! Nós não vamos ficar vivendo isso". E isso também foi importante para mim. Sabe? Porque **eu não vivi o câncer! Eu vivi a vida!** Eu falei opa! Ele me fez enxergar que eu tinha

duas opções. Eu tinha uma vida que **eu podia destruir... desi... usufruir** dela como eu estivesse. E eu tinha um câncer, que minha médica também falou comigo: "Olha, não coloca que esse câncer é seu!". E eu também alimentei isso! Não! Esse câncer não é meu! Eu não comprei! Eu não pedi! Não é meu! Ele está em mim! Então, **eu alimentei muito isso na minha cabeça! Sabe? Eu não quero isso! Então, não vou alimentar isso! Vou cuidar de uma coisa que não é minha e que eu não quero! Então, eu coloquei isso na minha cabeça também! Tem um câncer aqui! Não é meu! Não quero!** E aí, a gente caminhou muito! Ai, tipo assim, isso virou um lema na minha vida! Vou viver a vida! Vou viver a vida! Vou viver a vida! Não sei quantos dias que eu tenho! E até hoje eu vivo desse jeito! Eu falo com meu marido, sabe? Eu brincava, mas eu falava assim: "Olha, aproveita de mim!". Aí, ele: "Para de falar bestagem". Eu falei: "Não!". E eu fui descobrindo que realmente a gente... eu falo: "\*\*\* [nome do marido], você tem que aproveitar de mim! Ninguém sabe o dia de amanhã!". Eu tratando de câncer, eu perdi amigas de 35 anos que não tinha nada, que acordou com aneurisma cerebral e morreu! Eu vi pessoas que saíram de carro para trabalhar, sofreram acidente e não voltaram para casa. Então, assim, isso ficou muito determinante para minha vida, sabe? Hoje, aqui em casa, a prioridade é viver a vida! É acordar e falar: "Opa! Acordei! Estou viva! Que bom!". É abraçar! É beijar! É festejar! [riso] Nossa! Nem imagino que isso aqui é esse, sabe? Então, assim, o que **o câncer transformou na minha vida! Eu não aceito ninguém reclamando perto de mim! Eu tenho pavor de gente que reclama!** [...] Tipo assim, eu falava: "Eu quero é viver! Eu quero é viver!". Assim, eu nunca tive... eu, eu... eu não... falava assim, eu acho que o humor da gente ajuda muito a gente! Então, eu falei assim: "Olha!". Eu, eu falei: "Olha, eu não estou nem aí para ninguém! **Eu vou ser egoísta por um determinado momento! Eu vou pensar em mim! Se eu estiver bem, está bom! Porque se eu estiver bem, meu psicológico está respondendo muita coisa aqui dentro de mim**" (Carolina, 2020, grifos próprios).

Aceitar o protocolo cirúrgico, como pode ser entendido, disse respeito à confiança médica que teve a feminilidade como um atravessamento comum para justificar a orientação de enchimento com prótese. A autopercepção é inseparável de um processo intersubjetivo que foi justificado por Carolina como um trabalho junto a sensação de confiança nos resultados que refletiu com respeito ao tempo vinculado a cada fase. A justificativa de garantir um bem-estar psicológico a fez dizer que se manteve ocupada com a autoestima e, assim, conseguiu, até mesmo, esquecer do câncer. Conforme relatou, se seguiram dois anos de um sentimento de "recomposição" das dores sentidas visando não ter "gravadas na memória"; dores estas expressas ao dizer de uma rejeição da prótese da mama esquerda, procedendo com a retirada cirúrgica após a primeira sessão de quimioterapia, a que não havia detecção de células cancerígenas.

Escolher dar menor valor à assimetria, mesmo se referindo a estética pós cirúrgica como uma "diferença infinita" entre as mamas, significou que tal desconforto não lhe tirava a paz, o que me remete a pensar sobre o estado de alma a que a imagem corporal é reconhecida (Bourdieu, 2009). Há uma responsabilização individual para uma decisão que, de modo geral, já é reconhecida em um esquema de inteligibilidade que condiciona e produz normas para o corpo não passíveis de avaliar "se as condições sociais de sobrevivência e prosperidade são ou não possíveis" (Butler, 2016a, p. 38). Resta, então, uma expectativa ansiogênica de um resultado não simétrico que veio servir de alerta para Elisa, por exemplo, como no relato a seguir quando descreve sua reflexão a respeito de uma priorização estética:

**"Estou escrevendo para te lembrar que você não vai colocar essa prótese de novo! Porque essa dor horrorosa! Esse sofrimento todo! Por causa de uma estética? Não. Não! Pessoas vivem sem braço...".** Tipo assim, eu fiz uma reflexão imensa. "Pessoas vivem sem braço, não sei o que e tal". E aí, eu lembro que antes de eu ir fazer os procedimentos de reconstrução depois, de novo, eu sempre lia... Eu falei: "Olha, só! Naquele momento ali, era um momento de tanto sofrimento. Tanta dor! Que agora lá vou eu!". Aí, eu falo que é igual cirurgia plástica de... que mulher que faz por vaidade. Eu acho que... é... o corpo da gente é tão perfeito que a gente esquece a memória da dor, não é? **Você esquece a memória da dor** (Elisa, 2020, grifo próprio).

E por mais que o processo de tratamento esteja implicado em sofrimentos, um esquecimento da dor é uma referência de que "uma teoria dos movimentos variáveis dos corpos habituados a reagir, reproduzir e modificar estruturas" (Young, 2003) importa para repensarmos a corporeidade. Analisar sobre o *habitus* significa que diferentes equivalências podem ser atribuídas à agência, ao processo que entre pensamento e percepção, faz do padecer um movimento. Neste sentido, ainda que, principalmente mediada pela sugestão médica, há um senso prático que justifica as escolhas que, não necessariamente, estão vinculadas à feminilidade, mas também a significância de um reconhecimento de uma nova versão de si. O relato a seguir permite entender esta prática significativa:

O processo da mastectomia é... eu não sabia quase nada da mastectomia. E como eu já tinha feito inclusão de prótese eu esperava uma cirurgia bem menos agressiva e dolorosa. Então, eu não sabi... então, assim, eu fui muito confiante! E a cirurgia foi muito dolorosa! Muito dolorosa!

Muito dolorosa mesmo! Eu sinto muitas dores até hoje! A minha médica falou que... tem gente que... não sente! Tem gente que, tipo assim, sente só inicialmente. Tem gente que passa! E tem gente que tem sente para o resto da vida! Então, assim, **eu já literalmente me acostumei com a dor! Mas, eu sinto muita dor até hoje! Sabe? Porque eu fiz esvaziamento de axila também.** Então, a minha axila, acho que não vai dar para você ver! Ela é muito funda! Porque como eu tinha nódulo na axila também, eles... ela fez uma raspagem. A minha axila é super funda! Aqui! [...] **Minha cirurgia ficou muito boa! Muito perfeita! A radioterapia, ela deu um efeito na minha mama. Essa é infinitamente mais alta do que essa! Essa aqui feita é bem mais baixa do que esse! Dá essa diferença! Está [bem]? Isso... incomoda algumas roupas que eu visto me dá essa... esse desconforto, mas assim, nada que me... roube a paz não! Sabe? E aí, graças a Deus que a médica não me permitiu. Porque eu vi o tanto que a minha autoestima depois me fez bem! Me fez muito bem! Porque era muito bom eu me olhar e me achar bonita! Sabe? Eu me achava muito bonita! Depois que eu fiz a cirurgia, gente, eu acho que foi a minha fase assim mais bonita.** Como eu estava muito careca, bem carequinha que o meu cabelo estava curtinho. Gente! Foi eu acho que a fase que eu acho que eu assim... eu me olhava no espelho tão apaixonada comigo. Me sentindo assim tão bonita! Sabe? Então, assim, eu falei: "**Nossa! Que bom que a minha médica não permitiu que fosse dessa maneira**". Porque talvez isso me traria muita dor depois assim. Me lem... me traria muita lembrança do que eu vivi! E hoje, eu lembro muito pouco do câncer! Talvez por não ter nenhuma sequela! Me lembro muito, muito pouco dele! (Carolina, 2020, grifos próprios).

Não obstante, será uma luta permanente que vai caracterizar as condições clínicas de todas as mulheres, uma vez que exames esporádicos são mantidos e uma metáfora da guerra acaba sendo acionada, como se um "inimigo" devesse ser combatido e eliminado, como pode ser lido no seguinte relato. A frustração de Carla expressa a imprevisibilidade de um seguimento clínico que afeta as funções que espera uma rotina para si, no caso relativas à profissão, à maternidade, ao casamento, atravessadas pela feminilidade.

Na mesma hora eu fiz o... a biópsia. 12 horas depois saiu o resultado da biópsia. E aí, eu estava no curso. Ele [se refere ao médico] me ligou e aí, essa segunda vez foi punk! Porque aí aquela reação que eu não tive dentro do carro com os meninos, e foi dentro do carro de novo, que eu estava, que eu tive a notícia. Não é? Porque aí foi assim. Meu marido me buscou, eu estava em horário de almoço do curso. Ele me buscou para a gente ir almoçar, dentro do carro, naquele trânsito de São Paulo, procurando restaurante e tal. Meu médico pega e me liga. "Carlinha, onde você está?". Eu falei: "Estou indo almoçar. Estou no... no intervalo do curso". Ele falou: "Mas, \*\*\* [nome do marido] está com você?". Eu falei: "Está". Aí ele fa... Eu falei: "O que que foi? Já saiu o resultado?". Aí ele falou: "**Nosso inimigo ainda está aí!**". Essa frase foi uma rasteira! [diz pausadamente] Sabe assim? Quando você está decolando. Tipo, cara, eu

estava... **estava em um estado de êxtase de ter acabado o tratamento, voltado para minha profissão, voltado para minha função de mãe, de esposa, de mulher!** E... passa uma rasteira! Fala não é ainda não. Sabe? Você está pegando o embalo. Aí vem e te derruba! A vontade que eu tive foi de pegar esse celular e tacar no... no para-brisa do carro. Eu só gritava! Eu gritava: "Não! Não! Não! Não!" [repete diversas vezes]. Só gritava não, não, não! E ele ficou desesperado do outro lado do telefone, porque eu nunca tive essa... essa reação. Em nenhum momento eu... eu desesperei durante o tratamento. Em nenhum momento, eu... eu... eu, sabe assim, explodi! Eu sempre fui muito tranquila, brincalhona e... e levando as coisas leves. Vamos embora tem que fazer! Vamos embora fazer! E... e ele não esperava. Ele ficou do outro lado, assim... Eu posso imaginar o rosto dele, sabe? Mas, aí foi isso! Aí, eu liguei para \*\*\* [nome da médica]... quero dizer, ele já tinha ligado para \*\*\*. \*\*\* me ligou. Ela já sabia do resultado. Aí **foi aquele desespero**. Aí ele falou: "Vol... vem para o \*\*\* [nome do hospital] que eu vou te operar agora". Então, foi na mesma hora. Eu não pensei muito. Sabe assim? Não teve aquele negócio de processar. Ele falou: "Eu preciso te operar agora! Volta para o hospital! Você está em jejum?". E eu estava em jejum. Eu falei: "Estou em jejum.". E ele falou: "Então, volta para cá agora". E aí, foi super rápido assim, eu voltei, já peguei uma muda de roupas, ele falou: "Vem que eu vou te operar". E \*\*\* falou... falou com ele... é, \*\*\* falou: "Eu não... É... Carla, não volte para cá sem operar! Eu preciso de todos os exames daí! Eu quero tudo daí! Agiliza tudo porque não podemos esperar! Você precisa voltar para cá com tudo pronto!" Aí foi isso. No mesmo dia, ele me operou. Foi uma cirurgia bem mais rápida assim. O tumor estava bem pequeno. Graças a Deus. Não precisou mexer na prótese. Nem nada. Foi uma cirurgia bem tranquila. E... Foi exatamente os sete dias que eu precisava ficar lá para recuperar. Não é? E vir embora. Aí foi tudo muito cronometrado assim. **Eu planejei uma coisa, só que estava planejado era outra** [sorrindo] (Carla, 2020, grifo próprio).

Portanto, uma luta permanente demanda uma intersubjetividade que, no caso de Raquel, de certo modo, foi ignorada. A seguir, o relato de Raquel permite analisar sobre a fé na continuidade de quaisquer procedimentos:

Você tem que lembrar de Deus todos os dias. Se você está sã, saber agradecer. Está doente, saber pedir a Deus, saber agradecer também, porque muitas doenças, igual eu te falei, eu acredito muito nesse negócio de fé. Igual, igual eu estava, eu, eu, eu [gagueja]. É uma coisa que eu não esqueço nunca! Eu fiz tantos planos para no mesmo dia os planos 'tuhh' e água abaixo! Tipo assim, **você faz um plano, mas Deus já tem outro plano para você**, não é? (Raquel, 2021, grifo próprio).

Mas Raquel não teve uma rede de apoio consolidada para que uma proteção se fizesse junto de uma equipe. É essa ausência que pôde se verificar na situação relatada, no sentimento de derrota que não vinha de si, mas do desprezo do médico para dialogar sobre

a condição de metástase diagnosticada. Parece que, conforme seus relatos, a ansiedade diante de um prognóstico não informado, ou devidamente dialogado, implicava um comportamento inaceitável, visto relatar estresses constantes e não ter mencionado sobre cuidados paliativos. Mesmo com as investigações que se seguiram nos exames, há uma expressão de ausência de diálogo, como é possível entender do seguinte relato:

Avaliou. Porém, o avaliar dele é assim entre ele e, porque ele, ele dá, como que é? Ele dá aula para os, como chama? [faz referência à residência médica] É! E eu tomei raiva, por que também? Porque eu me senti muito constrangida, porque eu achava que por ser as minhas primeiras consultas, tinha que ser só com ele. Não. **Eu chegava na sala, estava ele mais um monte de criança. Aí, você tinha que tirar a blusa na frente daquele tanto de criança. Eu já ficava estressada.** A partir daí, nós dois já começava a não dar bem. [...] Cinco, seis. Bastante. Mais, é homem. E tudo molequinho. Aí, eu ficava estressada. E você não. Tipo assim, se você fosse fazer uma pergunta para ele, ele falava: "Faça para fulano". Eu falava para ele: "Fulano". O menino falava: "Doutor, como é que é mesmo?". Aí, eu já: "Deixa para lá". Eu peguei, acabei tomando trauma de fazer perguntas a ele. É tanto que ele terminava, ele falava: "E aí, você tem alguma dúvida?" Aí, eu olhava bem séria e falava assim: "Se eu falar alguma coisa vai adiantar?" Ele: "Sai, sai, sai" [riso] [...] ele falava com o braço aqui e vinha com os meninos: "Fulano, apre..." Ah, essa hora aí, minha filha, aí, aí, sim! Me, me dava vontade de socar a mão na orelha dele. "Fulano, cutuca. Agora, a vez de beltrano. O outro lá! Filinha, vamos embora". "Tchu-tchu". **Eu tomei trauma de pegar nos meus peitos! De tanto o povo "tum-tum-tum", os dedos! Por que não só ele? Eu era o que? Cobaia?** Aí, você não queria que eu brigava mais ele? [riso] (Raquel, 2021, grifos próprios).

Para ela, a hostilidade se deu já no início da consulta e o constrangimento foi sentido sem possibilidade de alteração, pois era o único profissional disponível para realizar os procedimentos. Receava uma nova operação com o mesmo médico. Não queria mais ter de lidar com ele. Raquel seguiu uma luta solitária, pedindo recursos para medicações, conseguindo a benevolência de uma paciente para ter um leito em Montes Claros e, assim, evitar o deslocamento diário em ônibus da prefeitura que, apesar das tentativas, não reservava uma poltrona que evitasse a intensificação das dores. O estresse foi incessante e se pode depreender de uma expectativa que revela a condição de paciente otimista em detrimento de uma postura raivosa.

## 2.4. Deslocamento da feminilidade: uma luta permanente

Essa narrativa de "guerra" contra o câncer, conforme a investigação do oncologista Siddhartha Mukherjee (2010), foi conjugada com uma vontade política a um valor social atribuído à enfermidade. Em sua pesquisa é confirmado que o primeiro procedimento cirúrgico de retirada de tumores mamários se deu na década de 1890 no hospital Johns Hopkins<sup>11</sup> pelo cirurgião William Halsted, reconhecido pela proposta de mastectomia radical, no denominado "armazém do câncer", onde acompanhou os casos de sobrevivência de longo prazo, entre cinco a dez anos, e o cirurgião registrou a reincidência do tumor. Para evitá-la, a mastectomia radical foi recomendada, sendo que, além da extirpação dos tumores, foram retiradas costelas e partes da caixa torácica e, até mesmo, houve registro de amputação do ombro e da clavícula. Segundo o médico:

O "radicalismo" tornou-se **obsessão psicológica**, penetrando profundamente na cirurgia do câncer. Até a palavra "radical" era uma sedutora **armadilha conceitual**. Halsted a usara no sentido latino de "raiz", porque sua operação **destinava-se a desenterrar as raízes profundas do câncer**. Mas radical também queria dizer "agressiva", "inovadora" e "ousada", e era esse sentido que **deixava marcas na imaginação** dos pacientes. Que homem ou mulher, diante de um câncer, escolheria conscientemente a cirurgia não radical ou "conservadora"? (Mukherjee, 2010, p. 98, grifos próprios).

Para Barron H. Lerner (2001), a obsessão com a teoria halstediana, uma vez popularizado o procedimento, fez constituir um paradigma que foi dominante por quase um século. Segundo sua pesquisa, das mulheres operadas por Halsted, sob a alcunha da "cura", seguidos três anos após a cirurgia, 64% tinham morrido de câncer de mama (Lerner, 2001, p. 22). Assim como Mukherjee, Lerner (2001, p. 31) afirmou que essa aceitação da mastectomia radical se deu por uma série de processos a promover entre médicos, por meio de treinamentos, e exposição ao público, a legitimidade de um estudo estatístico que demonstrou 43,2% de mulheres sobreviventes; publicado em 1924, também considerado três anos após o procedimento, tal estudo teve um seguimento de 20 mil casos. Isto fez com que, como afirmou Mukherjee,

---

<sup>11</sup> A potencialidade tecnológica no exame das "células malignas" culminou na criação do Instituto Nacional do Câncer (tradução própria do National Cancer Institute – NCI), no interior do Instituto Nacional de Saúde (tradução própria do National Institute Health – NIH), no ano de 1937, nos EUA.

[...] incapazes de enxergar além de seus domínios, cirurgiões recriminavam severamente essas tentativas de cirurgia não radical. Um procedimento cirúrgico que não tentasse suprimir o câncer do corpo era ridicularizado como "operação provisória". Entregar-se a isso era sucumbir ao velho defeito da "bondade equivocada" que uma geração de cirurgiões tinha tão zelosamente tentado banir (Mukherjee, 2010, p. 102).

Esta perspectiva da sobrevivência foi estabelecida e tal protocolo, como afirmou Lerner (2001), ainda em 1968, nos EUA, se deu em 70% das mulheres com câncer de mama. Somente dentre as décadas de 1970 e 80, pesquisas randomizadas coordenadas pelo pesquisador e cirurgião Bernard Fisher, da Universidade de Pittsburgh, demonstraram a precisão na remoção de apenas o tumor ou parte da mama, e selecionados grupos-controle para avaliar a eficácia da radioterapia. Apesar das inventividades, os estudos sistemáticos nos hospitais de câncer no final da década de 1970 tinham profissionais especializados para utilizar os recursos do Instituto Nacional do Câncer<sup>12</sup> para estudos multi-institucionais em escala de modo a dosar diferentemente os grupos para avaliar as reações. Em síntese, como confirma Lerner (2001):

Entre 1984 e 1985, a meio caminho da mais agressiva expansão da quimioterapia, quase 60 mil artigos foram publicados sobre o assunto em revistas médicas. Nenhum noticiou uma nova estratégia para a cura definitiva de um tumor sólido em estágio avançado exclusivamente mediante combinação quimioterápica (Lerner, 2001, p. 282).

Deste modo, ainda que com os testes de radiação e quimioterapia, a opção pela mastectomia radical ainda é objeto das experiências aliadas às químicas que vão alterar os limites corporais. Neste contexto, como referido por Mukherjee, a ressonância magnética da mama, o teste de verificação da mutação genética BRCA-1<sup>13</sup> e, conforme o caso, o uso da droga Tamoxifeno<sup>®</sup> têm sido praticados como prevenção e avaliação das decisões. Entretanto, exige uma forma de acessar as tecnologias mais recentes de detecção e a feminilidade atravessou os discursos sobre as etapas do tratamento, mais particularmente, para a reconstrução mamária, sendo importante, por isso, ressaltar que,

---

<sup>12</sup> Vide nota anterior.

<sup>13</sup> Trata-se de um dos genes que todas as pessoas possuem. A abreviatura vem do inglês Breast Cancer (câncer de mama) e há registro dos genes BRCA1 e BRCA2, que são proteínas supressoras do tumor e, no caso, há teste para identificar alterações que são entendidas como mutação e é genética.

[...] o papel desempenhado por gênero não deve ser ignorado. Porque a sociedade dominada por homens desvaloriza os seios de mulheres mais velhas, os cirurgiões do câncer viam esses órgãos como particularmente dispensáveis. Quando as mulheres se rebelaram contra a mastectomia radical nos anos de 1970, elas desafiaram essa noção de que os médicos tinham o direito de decidir o que suas pacientes deveriam valorizar. Mas a maior ameaça de imediato estava no horizonte sobre a autoridade cirúrgica. Assim como a cirurgia radical estava chegando ao apogeu, um grupo de críticos começou a questionar as suposições subjacentes às teorias de Halsted sobre o câncer de mama (Lerner, 2001, p. 91).

Diante disso, a aceitação dos procedimentos orientados em um protocolo médico costuma se apresentar como, tomando de empréstimo as categorias de análise de Bourdieu (2009), uma tentativa de universalização na qual disposições e condições são ajustadas na constituição de um campo para ser crível um *habitus*. Há um senso prático, sob um princípio de divisão fundamental do mundo social e do mundo simbólico, que vai guiar este mundo social, dotado de instituições de totalização e unificação do eu, a uma qualificação de um "si mesmo" como responsável, previsível, inteligível. Entretanto, "o corpo próprio e o corpo do outro não são jamais percebidos a não ser por meio de categorias de percepção que seria ingênuo tratar como sexuais" (Bourdieu, 2009, p. 129). Há uma demanda por uma constância nominal, ordenada a partir da identificação autêntica, tal como uma condição jurídica, para possibilitar transferir algo de um agente a outro. Este caráter relacional da transferência "dá corpo", conforme a tese de Bourdieu, no que interessa aqui pensar a experiência, mais especificamente, a uma prática na qual há um "pragmatismo inerente" às situações nas quais as orientações médicas indicam um protocolo comum, qual seja, a reconstrução mamária com enchimento por meio de implante. De algum modo, muitas orientações universalizam procedimentos, ainda que orientados sobre individualidades corporais, as condições clínicas de cada paciente, que podem ser compreendidos nos seus efeitos como uma produção dos corpos. O que se dá especialmente no procedimento da mastectomia conjugada à reconstrução mamária aconselhada por meio de um reforço contínuo que associa a autoestima.

Desta história objetivada que garantiu um campo médico, o *habitus* é uma história incorporada. Se são os acontecimentos passíveis de incorporação de uma infinidade de elementos gerativos, ou melhor, uma produção de práticas que conformam *habitus*, ainda que haja limites impostos pelas "condições históricas e socialmente situadas de sua

produção" (Bourdieu, 2009, p. 91), profissionais da saúde orientam um *habitus* de modo a inculcar, num reforço contínuo, um "mundo de senso comum". Para Bourdieu, este mundo resulta de uma economia da intenção que soma um sentido objetivado do campo médico e, mais amplamente, o campo da saúde, com um sentido prático que é apropriado pelas pacientes (Bourdieu, 2009, p. 95). Este reforço garante inteligibilidade e previsão fazendo com que o *habitus* se evidencie e se torne óbvio em uma estrutura que governa a prática por meio de pressões e limites das evidências científicas. Ainda que, aparentemente, as práticas sejam autônomas, pois há um senso subjetivo com o qual há um jogo por meio da participação e do reconhecimento das ações,

[e]ssa autonomia é a do passado operado e operante que, funcionando como capital acumulado, produz história a partir da história e garante assim a permanência na mudança que faz o agente individual como mundo no mundo (Bourdieu, 2009, p. 93).

É neste sentido que a feminilidade atravessa a trajetória de vida de cada uma das mulheres expressa em relações que tem na sujeição um processo. No entanto, se trata de um assujeitamento que se dá na socialização de modo a identificar um *habitus* que unifica práticas e representações para "justificar a síntese do diverso sensível operada na intuição e a ligação das representações numa consciência" (Bourdieu, 2008, p. 186). Quer dizer que há significados incorporados que se expressam em valores encarnados, fazendo do processo de subjetivação um *locus* de sentidos diante da experiência com a enfermidade.

A feminilidade, o tempo todo, infere nas condições de vida e, ao se responsabilizar com o tratamento, à mulher é exigida uma identificação como paciente oncológica para lidar com as tensões diante da rotina de exames de verificação. A metástase será, então, o diagnóstico que vai significar o fim de uma batalha, uma vez que há um medo relatado, como pode ser lido a seguir:

É... quando... a Doutora... Doutora... a Doutora que me atendeu, a oncologista. Ela virou para mim e falou assim comigo: "Carolina, o seu processo... eu não vou te enga... eu não posso te enganar que... é... você... o seu tumor", porque assim, eu acho que... **são três pesadelos: primeiro você tem muito medo de ter o diagnóstico. No meu caso, quando eu recebi o diagnóstico eu tinha muito medo! Porque quando você recebe o diagnóstico, você recebe a confirmação que é câncer. Depois da confirmação que é câncer, é um processo investigativo de qual tipo de câncer que você tem!** Então, quando veio o diagnóstico do câncer, a preocupação era: que tipo de tumor eu tenho? O medo de ser um

tumor muito raro, que não era fácil de tratar! É... o... O câncer traz pesadelo, não é? São etapas, sabe? Então, meu desespero era: meu Deus, que seja um tumor tratável! Que não seja esses tumores... não seja um tumor raro! Aí, a oração já mudava o foco! Quando saiu o resultado eu ainda tive uma... eu tive que ainda ir para uma linha mais investigativa, porque eu corria o risco de ter um tumor raro ainda! Eles fazem uma contagem de cruzes lá, a minha deu duvidosa. Aí, eu tive ainda que ir para um exame mais apurado. E aí, essa loucura! Com medo de ser um tumor difícil de tratar! Descartada essa hipótese, eu ti... Aí, é... eu... a gente vai para conferência de outros órgãos pela chance das **metás... da metástase, não é? E aí, também, dá muito medo**. Então, assim, todos os exames que eu fiz... Eu fiz exames da ponta do... do cabelo, do fio do cabelo até a unha do pé para poder verificar tudo se eu não tinha metástase em outro órgão. Então, era... foram esses três processos que não são lentos, que são muito **desesperador! Primeiro você chora por causa do diagnóstico; depois você chora com medo de ser um tumor raro; depois você chora com medo de uma metástase!** (Carolina, 2020, grifos próprios).

A metástase teve um significado de derrota, tanto do medo relatado pelas mulheres, e ainda mais na relação que Raquel teve com o tratamento disponibilizado. Sua experiência, ao invés de contribuir para um método específico aos cuidados, revelou a desesperança sobre a cura e uma indeterminação dos ciclos de tratamento quimioterápico. Desde o diagnóstico tardio diante de uma busca não admitida por exames e as interpelações atravessadas por irritações de profissionais médicos em diferentes fases, Raquel expressava um sentimento de ansiedade generalizada. Pagava uma advogada para seguir um processo do divórcio, e a filha de dezenove anos se manteve na mesma cidade onde vivia o ex-marido. Teve o diagnóstico assim que concluiu o pagamento que correspondia integralmente o que ganhava prestando serviço como babá. Tal ansiedade somava as circunstâncias negligentes, já que não teve a recomendação de exame mamográfico devido a idade e passou por uma intervenção cirúrgica na mama para retirada de nódulos sem examinar o material. Raquel justificava o diagnóstico de metástase a este histórico e, mesmo com a continuidade de relações hostis, dedicava todo o seu tempo buscando uma solução, como se pode entender do diálogo relatado por ela.

Foi aí que começou a falta de ar. Aí, ela pegou e disse assim: "Pois é! Eu te dou essas notícias assim. Agora, é... nós vamos sentar, conversar, porque eu vou ter que te explicar". Eu falei assim: "Tá. Já sei, deu metástase e tal". Ela pegou e falou assim: "**Além de dar metástase, não tem, a cura agora só para Deus. Porque para nós médicos não tem cura.** [...] Aí, quando foi um dia, eu passando com a outra médica lá. Uma médica bem assim, bem bruta, para mim eu era até calma, mas para

mim ver que ela era bruta. Eu falei assim: "Ô Doutora, eu tenho uma dúvida". Ela: "O que foi, Raquel?". Eu falei assim: "Tá! Eu quero entender assim. Se eu não posso, é... **Você disse que não tem cura, porque não pode operar, certo?**". Ela: "**É!**". Eu falei assim: "**E se pudesse operar, não tem que, realmente, não tem como operar?**". Ela abaixou a cabeça. Depois levantou, olhou para mim e falou assim: "Você não entendeu ainda?". Eu falei assim: "Se eu estou perguntando é porque eu não entendi realmente. Eu quero entender assim o porquê que eu não posso operar". Ela pegou e olhou bem séria e falou: "Raquel, se eu colocar você em cima de uma mesa", desse jeito!!! "Se eu colocar você em cima de uma mesa, abrir você inteira. Tira um pedaço aqui. Outro pedaço ali, outro. Sobra o que de você? Me fala!". Eu falei: "Tá [bem]! Não precisava ser assim tão...". "É", eu falei: "Não, agora entendi [riso]. Pode deixar que agora eu entendi". Pudessem explicar com mais, não é? Mais leveza. Mais calma. Não, "Raquel, é porque se nós, não é? For, formos tirar um pedacinho daqui, ali e tal". Não com aquela brutalidade toda! E abaixou a cabeça e continuou escrevendo. Falei: "Tá [bem]! Já entendi o recado". Aí, eu peguei e falei assim: "Não, não tem problema. Era só para mim entender. Mas, isso aí é o de menos. Vamos logo com esses papéis aí que eu preciso, que eu preciso sair para almoçar". Aí, ela olhou assim para mim, me deu os papéis, eu falei: "Tá". Aí, eu passei a tomar a quimio. Aí, ah! Aí, eu falei para ela assim: "Pois é, já que é assim. Então, eu quero um mês para mim pensar". Ela: "Você não tem nem um dia. Porque amanhã você já começa". Eu falei assim: "Quem disse que eu começo? Porque quem vai tomar a quimio sou eu. E quem decide sou eu. Não é você, não". Ela falou assim: "Não, é nós aqui". Eu falei assim: "Então, você põe aí, se você for vir fazer amanhã, você faz". Aí, ela pegou e falou assim: "Você tem noção da gravidade que eu estou falando da situação". Eu falei: "Tenho". Ela: "Tem certeza? Você entendeu tudo?". Falei assim: "**Entendi. Não posso operar! Deu metástase! Mas, para Deus nada é impossível.** Só isso! Então, você não precisa nem por... Se ponhar aí, amanhã vai ser uma vaga de uma pessoa que vai perder". Ela: "Então, você não vem?". Falei: "Não, não venho". Ela: "Raquel, as normas são essas!". Eu falei assim: "**Pois as normas suas! Mas a minha não é! Eu estou consciente. Eu ainda sou até nova. Eu posso decidir por mim mesma. Então, eu estou falando que eu quero um tempo para mim pensar. Porque eu fiz dois anos, quase dois anos de quimio, eu sei o sofrimento que é. Então, eu nem quero falar que eu estou aqui todo dia quase. Então, vo... tem como você parar um pouco e deixar eu respirar, eu pensar?**". Ela: "Eu achei que você queria pensar devido a gravidade do problema. Você estava indecisa". Eu falei: "Não. A gravidade do problema não. Porque eu sei que depois que deu metástase realmente é igual você explicou. Se não tem cura. Okay. Não tem cura! Chorar não vai adiantar. Gritar muito menos. Enfim!". Ela: "Mas, você recebe as notícias assim, desse jeito?" Eu falei assim: "Recebi agora estressada, porque você me estressou. Mas, eu ia receber de boa. **Mas, agora, não é que eu estou preocupada. Eu estou é com raiva!**" (Raquel, 2021, grifos próprios).

É possível interpretar que a percepção sobre morrer fazia com que viver, para Raquel, fosse um enfrentamento, diante de quaisquer circunstâncias, a todo tipo de

tratamento, e ainda sob uma crença no operar talvez associado ao velho ditado "tirar o mal pela raiz". Entretanto, há uma impaciência que se mantém nas relações, como se o comportamento de Raquel não condissesse com o almejado de uma paciente oncológica, ainda mais devido à trajetória de tratamento como se a responsabilidade em acatar as informações devesse estar garantida. E também uma situação estressante devido ao deslocamento para tratamento que se fazia semanalmente enfrentando a viagem de cinco horas de ônibus. Uma responsabilidade individual pode ser confirmada a respeito da relação médica/o-paciente, na qualidade de uma aceitação de uma realidade que passa a ser caracterizada como um enfrentamento cotidiano a ponto de "parar com tudo".

Ao mesmo tempo, essa responsabilidade individual é normatizada na forma de aceitação das condições estabelecidas para o tratamento como metastática. Para Raquel, nunca vai haver um bom diagnóstico diante das interpelações com a médica que, praticamente, atribuiu um defeito ao comportamento da paciente.

E fora que estava, tive que ficar com o tal dreno 15 dias, carregando aquela bolsa para cima e para baixo. O meu Deus! Mas, **assim em relação ao câncer mesmo, não! Eu levo na boa.** Tipo assim, deixa eu, deixa eu ponhar outra coisa aqui. Se a médica chegasse, vamos supor ela falasse para minha mãe: "Ah Raquel, você tem, vamos supor, um ano de vida ou seis meses de vida, é... você, você pensa, você tem alguma coisa especial para você fazer, você quer mudar alguma coisa?". Não. "Muda alguma coisa na sua vida? Você vai ficar triste? Você vai ficar...?". Não também. **Para mim, é o jeito! Tipo assim, eu tenho um jeito de pensar muito diferente das outras pessoas. Entendeu? Eu não vejo o câncer como, tipo assim, o fim do mundo! Não! Porque morrer, nós todos vamos um dia!** Certo? Eu só penso, assim, no sofrimento. Eu não quero sofrer. Igual eu vejo muitas pessoas usando sonda. Essas coisas já me assustam! Mas, a não ser, sobre o câncer mesmo, não! [...] Morrer, nós vamos! Qualquer um! Vai morrer um dia. Eu posso sair daqui e ir ali fora bater um carro, pronto! Morri! Ou eu posso sair no portão, infartar, e morrer! E aí? **É enfrentar a realidade. Fazer o tratamento e que seja o que Deus quiser! Se for para ser curado, vai. Se não for também.** [...] E cada dia, um diagnóstico diferente. Agora eu penso assim. **Nunca há um diagnóstico bom. Entre nós, não é?** Igualmente, eu fiz essas tomografias, eu achei que elas iam falar assim: "Não, está ótimo! Está melhorando. Melhorou. Não vai precisar trocar de quimio". Já foi tudo ao contrário. Mas, não abaixa a cabeça, não! **Enfrenta!** (Raquel, 2021, grifos próprios).

A atitude insubordinada de Raquel pareceu atrapalhar a condição de luta permanente que não deveria excluir a condição de paciente metastática. Ao contar essa trajetória do câncer, o que importou para Raquel foi justificar a metástase esperada,

consequência da demora para um encaminhamento correto que desrespeitou o autoexame por ter sido ignorada quando solicitou fazer uma mamografia. Para confirmar sua trajetória de relações médicas insatisfatórias, Raquel contou sobre o diagnóstico de cisticercose aos 20 e poucos anos, quando sentiu fortes dores de cabeça. Na época, um médico sugeriu epilepsia e indicou o uso da medicação Gardenal®. No exame de imagem, segundo Raquel, era possível ver uma "peneira no crânio". Lembra que já teve febre amarela e que recentemente foi identificado uma hérnia no abdômen. Prevaleceu a crença na imagem, para um diagnóstico e uma intervenção que poderia acontecer em tempo hábil. Ainda mais porque ela gostaria que fosse feita uma biópsia para descobrir logo e fazer alguma intervenção. Para ela, os atrasos no sistema de saúde, os diagnósticos equivocados, provocaram o avanço da doença, culminando em metástase. As brigas com médicas/os se davam de antemão, com ela contando com uma intervenção operatória, cansada da necessária continuidade do tratamento quimioterápico.

Eu paguei uma médica... Porque quando eu era pequena, eu desmaiava muito. Aí, doutor \*\*\*, médico nosso aí, que diz que é o melhor médico que tem aqui, que para mim é o pior! Ele falou que não! Na época, ele disse que eu desmaiava, porque eu tinha epilepsia. Então, ele foi dando Gardenal®. E o Gardenal®, ele fazia era o bichão crescer mais. Aí, eu tomei até. Eu era pequenininha, eu tomei... eu tomei até com 13 anos, o Gardenal®. Foram... Meu pai disse que foi uma carne de porco, que, uma cabeça de porco que ele tinha feito que ele tinha feito, ele pré-cozinhou e não cozinhou bem. Disse que eu peguei, eu era pequena, peguei fui lá, apanhei e comi. Mas, a médica me explicou, se é, chama verme de carne de porco. Nós é que chamamos de solitária, não é? Porém, ela lá está certa, porque nas imagens dá para você ver que é um verme mesmo! É tipo, não sei se você já viu aqueles bichos de pau, aquelas lagartas? Ele é pequenininho assim, parecendo aquele bichinho de pau ou então, se você sabe o que é berne, parecendo um berne. Então, e foi lá a médica lá que descobriu. Ela disse que se tivesse, se o médico tivesse descoberto enquanto era pequena tinha dado para ter operado. Não, ele simplesmente, ele simplesmente, ele falou que era epilepsia e tacou Gardenal®. [...] Não, porque agora não tem mais jeito. Porque ele está em uma localidade aqui aonde não pode cortar que dá sequela. Não é? Agora, a situação está assim: se operar pode não sair da mesa ou pode ficar com sequela. Não! Foi, na Bahia eu sentia muita dor de cabeça forte demais e eu achei estranho. Eu tinha 20 e, 22? Eu era 23, uma idade assim. É! Aí, eu paguei uma médica lá, particular. Ela pediu um monte de exame e eu sei que tem um mesmo que você fica acordada a noite inteira! E vê, e ainda mostra. Aí, fez tipo um ultrassom que vê ele cami... Lá vi ele lá, caminhando. Ave Maria! Passei nervoso. Aqui eu fiz de novo, esses tempinhos, deu de novo! Por causa das dores de cabeça. Deu. Porém, eles não, não tem remédio específico. Tinha que ter operado quando era pequena. Não operou, agora não pode mais. Agora a médica

mesmo me disse que, o que acontece? Vou ficando esquecida. Dando esquecimento, porque ele fez várias calcificações. Não é? No crânio. Tanto que você vê está tipo a peneira o meu crânio! [riso] E vai ficando, dá esquecimento. Realmente, isso está acontecendo. Essas dores de cabeça forte, tontura e vai ficando assim. [...] E também, quando eu era pequena, eu, eu é... eu tive a febre amarela. Agora, elas, diz elas que eu creio que não é isso, elas dizem que apareceu um caroço acima do umbigo, elas dizem que pode ser, como chama? Aquela... [pensa] Pode ser... É... como que fala, gente? Hérnia! Pode ser uma hérnia! Mas, igual o grão... lembra da história do grãozinho de arroz? Elas não vão verificar direito o que é não! Elas falam: "É tipo parecendo uma hérnia! Mas, é pequeno ainda". Vai esperar crescer para ver o que que é? Porque **a minha raiva aqui é isso aí! Isso me estressa! Porque quando eu quero descobrir uma coisa, eu quero descobrir logo! Cobrando delas, porque vai esperar crescer para descobrir o que que é!** Então, aí, no caso, elas tinham que ter feito o que? Elas tinham que, no meu a ver, elas tinham, como eu já tenho esses históricos, tudo! Elas tinham que ter feito uma biópsia para ver direito o que que era. Não é? Não! É tipo, é tipo uma hérnia! **A hora que crescer bastante que eles vão ver o que que é? Igual fez os dos pulmões? Ué! É nessa parte que eu falo para você que eu fico chateada e estressada. Depois falam: "Ah, você é brigona! Não sei o que". Não é que eu sou brigona. Eu quero os meus direitos!** Eu quero ver, tipo assim, eu quero descobrir logo o que que é! Para mim, se tiver que enfrentar o tratamento, enfrentar logo de vez, não é? Não deixar chegar ao ponto que chegou o do pulmão (Raquel, 2021, grifos próprios).

Sua ansiedade traduzida em estresse era o desejo de prosseguir com um tratamento contando com um diagnóstico mais rápido e certo. O modo como as conversas com médicas/os se desenrolavam não deixavam em Raquel qualquer afinidade para um diálogo. Afirmou não ter suas perguntas respondidas, porque ela se estressava antes de as fazer. Queria exames precisos e um protocolo de cuidados, mas não conseguiu ter o apoio para pensar sobre um novo tratamento a prosseguir diante da ausência da cura. Mas a justificação da fé em Deus a manteve fortalecida no enfrentamento contra o câncer, consumada uma experiência estressante devido ao deslocamento reclamando até morrer.

### **CAPÍTULO 3. RECONSTRUÇÕES DA FEMINILIDADE**

É importante assinalar que a valorização do eu relacional tornou-se a base não apenas de um grande número de pesquisas na psicologia sobre a experiência de vida das meninas e mulheres, mas o embasamento teórico de práticas clínicas e trabalhos alternativos na área de saúde mental, que enfocam essas experiências e especificidades e assim permitem a muitas mulheres uma nova compreensão – e, às vezes, uma reconstrução – de suas vidas (Adelman, 2016, p. 192).

Se os receios com as intervenções corporais tiveram atravessamentos da feminilidade, foram as apreensões com a manutenção da vida, ou melhor, com a sobrevivência, expressas como atributos de maior valor. Quando as mulheres faziam referência aos aprendizados conforme o enfrentamento com a enfermidade, foi na vivência com as pessoas e as experiências de amor que qualificaram um cuidado de si. Este cuidado foi intensificado diante de uma reconstrução de si inevitável no contexto do câncer de mama. A feminilidade é deslocada, ainda que haja constrangimentos sobre a aparência, e implica um olhar sobre o próprio corpo que dispõe a capacidade de avaliar o que importa. Um estado de alma vai significar a reflexividade que parecia ausente quando uma fronteira entre saúde e doença se estabelecia no imaginário, no caso quando a saúde parecia estabelecida. Como suscitado por Ricouer:

Acaso seremos capazes já não digo de efetuar, mas de conceber, variações tais que a própria condição corporal e terrestre se torne simples variável, uma variável contingente, se o indivíduo teletransportado não transportar consigo alguns traços residuais dessa condição, sem os quais não se poderia dizer que ele age ou padece, a não ser pela pergunta que ele se faz de saber se vai sobreviver? (Ricouer, 2014, p. 159).

Afinal, a sobrevivência foi a expressão da fé que, ainda que vinculada à espiritualidade já praticada, implicou uma reflexividade que pareceu alterar as condições intersubjetivas, particularmente sobre a identificação como mulher. O que se viu é que não importa essa identidade e, diferentemente de uma ameaça, a identificação como paciente oncológica, não é o trabalho de produção do eu devido a experiência, mas um olhar sobre si-mesma como outro, o desejo de um outro (Haraway, 2003; Ricouer, 2014); a saber que a

vivência com o câncer de mama está implicada, conforme as singularidades do organismo, na condição de todo corpo humano. Por isso dizer de uma agência e de uma paciência simultâneas que se expressaram no valor dado às relações com outras pessoas e às condições de justiça para o tratamento do câncer. Isto porque, é sabido sobre a existência de tecnologias que são acessadas apenas por pessoas ricas e que não são disponibilizadas nas tabelas de procedimentos do SUS, o que faz das interpretações a respeito da idade, da conjugalidade e da maternidade, por exemplo, justificarem as orientações para as escolhas de procedimentos cirúrgicos não limitadas às condições fisiológicas, das condições clínicas, das mulheres.

Por isso, compondo com Judith Butler (2016b), um exercício de deslocamento para analisar categorias de identidade contribuiu para interpretar uma representação que qualifique o feminino, porque há uma função normativa na linguagem que revela ou distorce o que é tido como verdadeiro. Da hipótese de que há uma repetição de normas delimitadas para um reconhecimento que, não necessariamente, reconhece, no caso, uma promessa de feminilidade com a reconstrução mamária, se viu a exclusão de uma apresentação de um peito sem mamas<sup>1</sup>. Não há um debate sobre os termos do reconhecimento que enquadram os corpos mastectomizados. Ainda que a decisão seja da paciente, conforme ao consentimento para os procedimentos cirúrgicos, as orientações médicas foram confiadas com maior ou menor angústia, ansiedade e/ou medo, diante dos riscos e do processo de recuperação que inclui a cicatrização e, mais particularmente, quando da reconstrução mamária com a inserção de prótese de silicone, à adaptação de outras práticas corporais tal como a drenagem linfática<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Há uma crescente fabricação de materiais, quando não há intervenção cirúrgica, seja por uma situação provisória ou permanente, para invisibilizar ou disfarçar a "falta" de uma ou das duas mamas, mais ou menos sofisticados, conforme a tecnologia aplicada, tal como enchimento de alpiste envolto em náilon, como as meias-calça, ou sutiãs confeccionados com abertura para a inserção de uma prótese externa, material este similar aos já conhecidos bojos, entretanto, adaptável para que seja escolhido o tamanho do enchimento. A ausência de reconhecimento de corpos mastectomizados, ou seja, a não apresentação de um peito sem mamas está implicado na constituição, ao longo da história da humanidade, dos corpos de mulheres. É sabido, especialmente com o desenvolvimento dos saberes médicos, uma apresentação da feminilidade com formas ditas "femininas" que diz respeito a um esquema de inteligibilidade entendido como condicionante na produção de normas para os corpos das mulheres, como se um protocolo estabelecido pudesse contribuir em qualquer situação. E nisto pensei sobre as condições precárias diante de riscos de múltiplas cirurgias, das dificuldades diante de complicações cirúrgicas ou da impossibilidade destas intervenções, sejam por questões financeiras, via recursos próprios ou SUS, ou fisiológicas, das condições clínicas. Ademais, os discursos de uma "cultura rosa", discutidos no primeiro capítulo desta tese, estão presentes no contexto brasileiro.

<sup>2</sup> A drenagem linfática é uma recomendação para aliviar os sintomas do processo inflamatório, tais como inchaço e dores.

Mesmo que importe em reconhecer a "vitória na batalha" contra o câncer, há uma naturalização dos sofrimentos justificados como um aprendizado para uma vida melhor, particularmente sob a retórica da força. Então, a indeterminação sobre as relações de companhia e abandono, da rede de proteção e apoio durante o tratamento, culmina no reconhecimento da reflexividade expressa na noção de transformação diante de quaisquer circunstâncias. As práticas, os discursos, as ideologias e os desejos, são representações subjetivas que têm efeitos sociais e de gênero (Bourdieu, 2009; Preciado, 2018). Aos seios fica a representação de uma feminilidade colocada em questão com maior valor perante outras condições tais como a alimentação, as atividades físicas, a começar com a especialidade da fisioterapia e, de modo geral, do trabalho que envolve a feitura dos procedimentos no âmbito da domesticidade, ou seja, dos cuidados pós-cirúrgicos que, de modo geral, vão representar os custos invisíveis da enfermidade (Durán, 2002).

E tais condições podem ser avaliadas em outros países, como apresentou Laura Farnsworth (2019) em sua tese, ao comparar as intervenções no Canadá e nos EUA, como fatores de risco, baixa renda, local de moradia e logística para deslocamentos, dispensa no emprego e relações com as finanças, acesso aos cirurgões plásticos, às instalações e disponibilidade de todos os recursos em sala cirúrgica. Ela afirmou que os documentos orientadores de órgãos governamentais de saúde pública ou instituições médicas privadas priorizam a reconstrução sob os argumentos de uma melhoria do corpo para manter sentimentos de normalidade e feminilidade.

No âmbito desta tese, a perspectiva da reconstrução mamária representou um senso prático. Quando analisei se a reconstrução mamária seria um determinante para a preservação da feminilidade para as mulheres colaboradoras da pesquisa, avalei como foram relatadas as atribuições de autoestima. Se a experiência com a enfermidade é uma prática na qual esquemas corporais são efeitos de atravessamentos de percepção, pensamento e ação (Bourdieu, 2009), diferentes formas de um cuidado de si vão se apresentar (Foucault, 2014), mas não serem reconhecidas. De uma estima esperada a partir da confiança nos procedimentos médicos, na "entrega" aos protocolos médicos, houve uma abjeção sobre um comportamento não paciente, tal como o de Raquel. É possível afirmar que essa abjeção justificou um exercício de necrobiopoder quando a informação do diagnóstico de metástase lhe foi repassada sob um protocolo de tentativa e erro no seguimento de dosagens quimioterápicas. O sentimento de "derrota" contrariou uma "luta

permanente". Já que o lugar na "batalha" contra o câncer tem um valor atribuído para uma evolução moral, desejada nesta estrutura social do reconhecimento que estima indivíduos conforme essa díade "permanentemente" hierárquica (Honneth, 2009), e conjuga

um conjunto de técnicas de promoção da vida e da morte a partir de atributos que qualificam e distribuem os corpos em uma hierarquia que retira deles a possibilidade de reconhecimento como humano e que, portanto, devem ser eliminados e outros que devem viver (Bento, 2018, p. 7).

Ou seja, sendo uma responsabilização individual, e não uma intersubjetividade na vivência das condições da enfermidade reconhecida, será um comportamento resiliente, por exemplo, nesta "luta permanente" que vai significar uma atribuição "essencial" para garantir uma estima nesta estrutura. Em síntese, a feminização acaba sendo obnubilada por um discurso da autonomia da mulher sobre as decisões de intervenções corporais que se fazem sob práticas sexistas que constroem àquelas que não podem acessar as tecnologias mais avançadas ou que não são apoiadas a um tipo cirúrgico estético que resulte em um peito plano. Ou ainda quando a orientação com menor sofrimento poderia ser aos cuidados paliativos, o que se viu ausente na condição de Raquel. Se a perspectiva do incurável parece significar o "fim da linha", há uma fronteira que, mesmo reconhecida, desloca o corpo para uma passível abjeção.

Sendo assim, ao abjeto cabe operar como uma estratégia discursiva, não fundamentada em razões filosóficas ou empíricas, pois "corpos abjetos" é uma proposição contraditória na sua ontologia (Prins; Meijer, 2002). É uma fórmula performativa para invocar o impossível, a fronteira entre vida e morte, saúde e doença, como provocação ao binário, à matriz heterossexual, de modo a "expandir e realçar um campo de possibilidades para a vida corpórea" (Prins; Meijer, 2002, p. 157). A abjeção é produzida para não se tornar real, não estabelecer normativas, nenhuma representação. Daí a proposição ética de Butler quando problematiza o sujeito e, ao invés de uma ontologia do social, que é uma normatividade binária, sugere uma ontologia social. Isto porque, a produção da abjeção é um processo, mas é um não-lugar do discurso, pois interrompe a relação sujeito e objeto de modo a não se permitir sujeitar nem objetar, "revelando" a condição universal que é a vulnerabilidade. O abjeto atravessa, não conecta. Por isso, um objeto é abjetado quando ele se propõe destituir o poder de dada hegemonia e é promovido um regime de

inteligibilidade para destituir esse abjeto, exterminá-lo. O primado da relação permite outras formas de individuação que não sejam passíveis de integrar as estruturas sociais para não serem cooptados à abjeção, logo, ao não reconhecimento e o provável extermínio.

Sendo negada uma condição de "entrega" e aceitação sobre os procedimentos, Raquel recusa a incorporação de um comportamento reconhecido como condizente à "luta permanente". Se as crenças práticas, como avaliou Bourdieu (2009), dispõem um estado de corpo, de um tratamento do corpo real, de um corpo legítimo, é esperado do corpo um *habitus* que proporcione um estado de alma. No entanto, este estado acaba sendo patologizado por tecnologias de subjetivação (Preciado, 2018). Afinal, "a unidade do corpo é apenas uma concepção" (Merleau-Ponty, 2000, p. 28) que tem uma finalidade atribuída pela alma, logo, inventada. Por isso, não somente se tratam de incorporações de práticas neste processo de subjetivação. Há uma potencialidade somática que funciona como uma prótese de subjetivação, como analisa Paul Preciado, diante dos efeitos de gênero que qualifica a feminilidade hegemônica:

O gênero é um programa operacional capaz de desencadear uma proliferação de percepções sensoriais sob a forma de afetos, desejos, ações, crenças e identidades. Um dos resultados característicos desta tecnologia de gênero é a produção de um saber interior sobre si mesmo, de um sentido do eu sexual que aparece como uma realidade emocional para a consciência. "Sou homem", "Sou mulher", "Sou heterossexual", "Sou homossexual", "Sou transexual": estas são algumas das formulações que condensam saberes específicos sobre si mesmo, agindo como núcleos biopolíticos e simbólicos rígidos em torno dos quais é possível aglutinar todo um conjunto de discursos e práticas performativas" (Preciado, 2018, p. 127).

Tudo isto corresponde a uma representação que terá um sentido atribuído por meio de sentimentos e pensamentos porque se associam ao ordenamento de práticas, rituais, encenações, performances, que dão expressão corporal aos afetos. Considerando que a afeição é inseparável de uma relação com a linguagem e com o tempo, expressão das incorporações de condições institucionalizadas (Bourdieu, 2009), no caso, as instituições médico-hospitalares-terapêuticas, a experiência com a reconstrução mamária tem, ainda, uma implicação no tempo. Embora a reconstrução mamária seja atribuída como uma condição para a melhora da autoestima, a lógica da cura sob uma perspectiva de retorno à normalidade foi priorizada no contexto desta pesquisa.

Desde modo, a incorporação de uma representação de feminilidade compõe argumentações que justificam as ações para garantir o cumprimento do protocolo de reconstrução mamária, porque tal representação, sob o ícone das mamas, se constitui como um saber comum. Mas isso não se fixa. Se tratam de práticas que são justificadas conforme a legitimação que as envolvem, afinal, toda ação demanda justificação (Boltanski, 2000). A ideia de que as ações humanas estão implicadas em uma atividade social comum, ou seja, que toda experiência humana é derivada socialmente, vai alterar o valor das interpretações diante do apoio que as mulheres relataram ter sido essencial no processo da enfermidade. Tal apoio foi constitutivo de um sistema social de interesses com determinados valores sobre este processo mesmo, implicados, por exemplo, na autoestima. Somente é possível avaliar os níveis de bem-estar, mais particularmente durante o tratamento, considerando como vão incidir na qualidade de vida pós tratamento uma vez que o câncer é uma doença crônica-degenerativa.

Por isso o cuidado de si vai além da socialização e só pode qualificar uma experiência interior de modo a identificar o biopoder que reside em cada uma de nós (Bataille, 2020). Como uma experiência interior não implica uma ação, pois não há relação, não há divisões, nem mutilações, mas uma comunicação sobre a "inteireza", a plenitude, que acaba por revelar um estado de ágape (Boltanski, 2000). Em ágape, essa forma de amor, há uma ausência da justificação. Neste âmbito, não há justificativa, mas não também não se trata de uma verdade. A experiência continuará sendo tecnodigerida sob desejos de um "si mesmo", mas um si mesmo como um Outro, uma fusão do sujeito e do objeto, de corpos atentos (Scheper-Hughes; Lock, 1987) em êxtase diante da cura.

### **3.1. A feminilidade como garantia**

Aprovada em 1999, a lei 9.797, que "dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer", teve a recente alteração, proposta de emenda do senado ao projeto de lei nº 2.113, de 2019, para garantir a simetrização da mama contralateral, a substituição de implante mamária, e também um atendimento psicológico e multidisciplinar. Como relatado pelo senador Flávio Arns, uma das justificações são casos de contratura ou calcificação capsular, ainda que essas próteses,

mais recentemente, sejam asseguradas como dispositivos com garantia vitalícia. A reconstrução mamária é indicada nos casos de mastectomia total ou radical quando a radioterapia não se fizer necessária (Brasil, 2019a).

A proposta se deu em 1997 com o projeto de lei nº 3.769, da deputada Maria Elvira, sob a justificativa de que a mutilação das mulheres vítimas do câncer de mama deveria ser entendida como "descaso, incompetência e preconceito", pois conformada a um sistema de saúde não "bem concebido e estruturado" por conta de "descontinuidade, fragmentação e falta de recursos". Afirmou, ainda, da "falta de medidas, sabidamente simples e eficientes, de caráter preventivo" tal como campanhas de informação como procedimentos ditos educativos com o objetivo de evitar que mulheres com um "estado avançado de malignidade" sejam submetidas ao "processo radical" que é a mastectomia. Estas aspas mencionadas compuseram a justificação que atribuiu ao SUS a responsabilidade de

garantir a realização de **cirurgia estética** para as mulheres com **mutilação** dos seios, [e que] deveria ser considerado ato de **reparação** de dano por parte do Estado. **Só as mulheres que passaram por isso seriam capazes de dar a dimensão real de seu sofrimento.** A **reparação estética** poderia trazer para muitas delas um importante e imprescindível suporte psicológico e um inestimável apoio à sua **recomposição moral**, especialmente para a mulher pobre. O projeto ora apresentado objetiva contribuir para a reversão deste quadro e, principalmente, assegurar às mulheres mais um de seus direitos elementares (Brasil, 1999, grifos próprios).

No parecer deste projeto feito pela relatora Jandira Feghali, foi justificado as "sequelas" como uma omissão do Estado a fim de confirmar que o projeto deva garantir a recuperação da autoestima, mesmo nos casos de intervenção cirúrgica que não fossem decorrentes de câncer, fazendo referência a uma emenda constitucional da Deputada Maria Lúcia. A deputada acrescentou, justificando a emenda, sobre a urgência para a prevenção e o diagnóstico precoce e que, conjugada às comemorações do Dia Internacional da Mulher, o projeto representava um "presente imensurável à mulher" para "melhorar sobretudo sua autoestima".

Depois da aprovação da mencionada lei 9.797/1999, no próximo ano, Jandira Feghali encaminhou projeto de lei nº 3.107 visando complementar tal atendimento "reparador" exigindo a utilização de "todos os meios e técnicas necessárias" e estender a exigência para planos e seguros privados, o escopo da "saúde suplementar". Aprovado sob

lei de nº 10.223, de 2001, que alterou a lei 9.656, de 1998, referente aos planos privados de saúde, de modo a eliminar a noção de estética, anteriormente mencionada, pois era um item proibitivo na cobertura de despesas: "cirurgias plásticas estéticas não restauradoras de função".

Foi neste âmbito que, mais tarde, nova alteração, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária, foi aprovada por meio da lei de nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Garantindo assim que esta intervenção seja realizada de imediato a cirurgia de remoção completa das mamas, a mastectomia, em 2016, o projeto de lei de nº 4.409, proposto pelo deputado Carlos Bezerra e aprovado com a lei de nº 13.770, de 2018, acrescentou um substitutivo do senado sobre a simetrização da mama contralateral. Ao acrescentar, com base em pesquisa da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), que apenas um terço (1/3) das pacientes submetidas a mastectomia tiveram intervenções reparadoras, ainda que as evidências científicas confirmassem condições clínicas para a reconstrução no momento da mastectomia em 90% dos casos, relatou que:

não vemos motivo para que as mulheres mutiladas pelo tratamento esperem para conseguir a reconstrução. No entanto, é importante assinalar que a cirurgia estética, se realizada somente na mama mutilada evidentemente tornará o outro lado assimétrico e com resultado final bastante ruim. **Esse fator é mais uma causa de diminuição de autoestima e de depressão entre essas mulheres, já alquebradas pela perda de cabelos causada pela quimioterapia, pelas queimaduras da radioterapia, pela perda de peso e mudanças nas esferas física e psicológica. O estado mental negativo prejudica sobremaneira o processo de cura.** Assim, é essencial prever a mastoplastia contralateral para obter a simetria e garantir que a recomposição da aréola seja realizada de rotina, de preferência em um só ato cirúrgico (Brasil, 1999, grifo próprio).

Na juntada da proposição, a deputada Maria Helena, como relatora da Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher (CMULHER), afirmou que uma negatividade pode ser recomposta por meio do investimento de uma feminilidade que é da "psicologia da mulher" de modo a aprovar que a

[...] iniciativa é extremamente meritória e assegura um direito que deveria ser evidente. O câncer de mama **representa um vendaval de tormentos** para a mulher. A **autoimagem** é seriamente atingida, há perda de cabelos e a mutilação da mama, um dos **principais símbolos da feminilidade**. Nesse contexto, se se operar e reconstruir apenas a mama afetada, a outra

ficará completamente diferente. Esta conduta, além de deixar um **resultado estético inaceitável**, ainda reflete grande insensibilidade com relação à **psicologia da mulher**. Não resta dúvida de que a paciente merece se livrar do tumor e ser tratada com objetivo de obter a cura. No entanto, não há razão para que persista a **concepção mutiladora** do passado. As mulheres têm o direito de ter as duas mamas de tamanho e forma semelhantes, inclusive, evidentemente, com a presença de aréola. Melhor ainda se acontecerem ao mesmo tempo a retirada do câncer, a reconstrução da mama afetada e a intervenção estética para que o outro lado fique com **aspecto semelhante e harmônico**. **É uma questão de humanidade e um incentivo à recuperação plena** (Brasil, 1999, grifos próprios).

As justificativas seguiram similares na relatoria de Carmen Zanotto no parecer da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) ao mencionar um estudo da Universidade de São Paulo (USP) que concluiu que

a reconstrução da mama contribui, em geral, para que algumas mulheres **reconquistem a autoestima e a sensação de completude**, bem como as auxilia na **recuperação da autoimagem** e na superação do trauma causado pelo câncer, o que lhes proporciona segurança para a **preservação da união afetiva e sexual** com seu parceiro e até mesmo a iniciação de novos relacionamentos (Brasil, 2018, grifos próprios).

Por fim, para esta relatora, o projeto vem somar à proposta da deputada Laura Carneiro, em 2017, rememorando a aprovação conforme os pareceres da CMULHER e da Comissão de Seguridade Social e Família, com vistas a substituição de implante mamário, o que contemplará a devida reabilitação, já que visa

assegurar às pacientes a substituição do implante mamário utilizado na reconstrução mamária ou na simetrização da mama contralateral sempre que ocorrerem complicações ou efeitos adversos a ele relacionados, bem como assegurar às pacientes acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado na hipótese que especifica (Brasil, 2019b).

Conforme a tramitação, desde 16 de setembro de 2021, o projeto aguardava a relatoria da CCJC, e teve o parecer aprovado em reunião de 27 de março de 2023 após o requerimento de urgência solicitado pela deputada Jandira Feghali exatamente no Dia Internacional da Mulher, 8 de março deste mesmo ano, sendo publicada como Lei Ordinária em 3 de abril com o nº 14.538. Deste modo, a complexidade fica garantida com a reabilitação diante de possíveis complicações pós-cirúrgicas junto do acompanhamento

psicológico e multidisciplinar. É possível afirmar ainda que o projeto de lei garante o protocolo para tratamento e reabilitação conforme as pesquisas mais recentes sobre o câncer de mama.

A "recomposição moral", referida no projeto de lei original de 1997, está implicada na reparação dita estética sob uma dimensão funcional. Isto porque visa garantir, como se seguiu em relatórios posteriores, uma "sensação de completude" visto que o corpo mastectomizado não "proporciona segurança para a preservação da união afetiva e sexual". Da aprovação em 1999 até a alteração de 2023 é possível avaliar o caráter de garantia ao direito de um atendimento multidisciplinar junto aos serviços de saúde que implica, principalmente, fisioterapia, já que vai afetar a rotina na continuidade de atividades laborais, particularmente às mulheres pobres devido a carga horária em serviços ou empregos.

Os projetos mencionados condizem com uma reivindicação que se estende desde a década de 1970 (Lerner, 2001), quando foi questionada as práticas da mastectomia radical. Todavia, ainda que existam tecnologias e profissionais especialistas para a execução do procedimento de reconstrução imediata da mastectomia, no âmbito do SUS, apenas 20% das mulheres tiveram a mama reconstruída entre 2008 e 2015 (Brasil, 2018). Mas, de imediato, como apregoa a lei de 2013, o número cai para 10%.

Por isso, um enquadramento de uma normatividade na continuidade de justificativas sobre a reconstrução mamária não é coerente para a realidade da maioria das pacientes. Ou melhor, fazer referência ao procedimento como intransponível para a autoestima contribui para manter um constrangimento que vai implicar fatores ansiogênicos que poderiam ser evitados. No caso das justificativas dos projetos de lei e, pode-se dizer, das sociedades médicas, sendo evitável uma intervenção cirúrgica estética sem enchimento, a menção de "falta" ou "perda" da feminilidade tem um efeito de gênero<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> É possível inferir, conforme matéria intitulada "Novos construtores de autoestima", na revista Rede Câncer (INCA, 2014), que há uma hegemonia sobre a forma como a feminilidade é associada à autoestima. No texto, é feita uma menção a um curso promovido pela SBM para servidoras/es públicos mastologistas se especializarem e executarem o procedimento cirúrgico da reconstrução mamária. Assim, se, tradicionalmente, competia à especialidade da plástica para a formação da equipe cirúrgica, a demanda de mastologistas visa a que as reconstruções sejam realizadas no mesmo momento da mastectomia. Entretanto, penso que o enchimento não é imprescindível, ainda que seja tratado como uma prerrogativa para a autoestima. Isto porque, toda a intervenção cirúrgica demanda um procedimento estético devido, primariamente, à cicatrização. Não se pretende uma discussão aprofundada sobre uma cirurgia estética de fechamento plano, no entanto, o movimento *go flat*, mencionado em nota na introdução, faz referência a esta opção cirúrgica estética. O procedimento nomeado de cirurgia estética de fechamento plano, em inglês *flat closure*, foi incluído no ano de 2020 nas diretrizes do Instituto Nacional do Câncer dos Estados Unidos a

Tal efeito atribui às mamas uma representação de plenitude, pressuposto uma "inteireza", excluindo, assim, um peito sem mamas. No âmbito desta pesquisa, a escolha por uma cirurgia estética sem enchimento não foi uma opção apresentada para nenhuma das mulheres. E quando houve a recusa pela reconstrução mamária com enchimento, predominantemente a prótese de silicone, houve exclamações ora denotando uma atitude excepcional ora seguindo um aconselhamento para dedicar mais tempo para decidir sobre uma apresentação do corpo que é imaginado como desprezível.

### **3.2. Feminilidades encarnadas: importa viver**

A constituição de binários orientadores dos mais diversos princípios, doutrinas, dogmas, teorias etc. tem no marco histórico da Modernidade uma racionalidade que Miriam Adelman (2016) entendeu, conforme sua pesquisa, como uma perspectiva estruturada a partir do masculino. A principal justificativa é a inferência sobre a garantia de "sujeitos" para determinar modos de regulamentação a respeito dos "objetos" e, assim, definir normas para a confirmação de uma denominada "razão". Garantia esta que deve subordinar aspectos instáveis, como as emoções, por exemplo, a um nível inferior na classificação intrínseca às formas como diferentes elementos vão compor uma estrutura que deve fazer reconhecer o lugar de cada um desses elementos. E são as justificações que sustentam uma produção discursiva que, sendo binária, aciona a feminilidade conforme aspectos consolidados a respeito do feminino, subjugados às diferentes formas de fragilidade que caracterizam uma precarização (Butler, 2019). Sendo assim, quero defender que a noção de feminilidade atravessa as formas de vida sob expressões passíveis de diferentes interpretações na criação de representações que podem, ao invés de implicar uma perda que necessite reparação, uma outra forma de vida, logo, outras representações de feminilidade.

Se a Modernidade vai significar a constituição de um binário masculino-feminino, as análises de fenômenos visando compreender regularidades, comumente, tornaram implícitas as intenções para um controle e uma reprodução desta constituição. Ou seja, será uma "vontade da verdade" no decorrer do desenvolvimento do conhecimento do corpo da

---

respeito das técnicas de cirurgia plástica (<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/aesthetic-flat-closure>). Pode-se dizer que uma similaridade, conforme tipos cirúrgicos apresentados na página da internet da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP), está na denominada mamoplastia masculinizadora, comumente atribuída para pessoas trans.

mulher que objetivou a feminilidade para, além de interesses funcionais, responsabilizar as pessoas por um cuidado de si que demarque um lugar para o feminino. No âmbito da Modernidade, a fim de refletir sobre a problemática de uma demarcação binária, a corrente de pensamento positivista contribuiu para o estabelecimento de leis gerais que creditaram uma razão natural, em vistas da socialização, como preceito básico na funcionalidade de uma lei geral do comportamento (Dosse, 2003). Predominante no início do século XX, essa corrente sociológica, que veio a ser uma forma de discurso, contribuiu para pensar uma "natureza" exterior aos sujeitos, logo passível para uma adequação e uma resistência às paixões e às volições.

Em coerência com a perspectiva da Modernidade, se tem requisitos às normativas da subjetivação e da objetivação a fim de instaurar uma "razão legislativa naturalista". Entretanto, a formação de valores comunitários compreendidos enquanto convicções humanas, em sua historicidade, demandou a constituição de quadros categoriais como constructos valorativos que tem as ações humanas como os "objetos" de análise. Ou melhor, uma corporificação que não necessariamente pode ser analisada sob essa objetivação legislada. Diante disso, a premissa é a de que "a análise da ação concede daí em diante a maior importância à interpretação" a fim de "evitar tanto o perigo psicanalista quanto o psicologista" (Dosse, 2003, p. 207). Então, um debate entre a objetividade e a subjetividade, diante das diferentes perspectivas metodológicas, teóricas e epistemológicas, se faz imprescindível, isto porque, tal como sintetiza Georges Vigarello:

o fundamento corporal se complexifica, ele deixa de ser simples sensação, **se desloca, faz-se imagem, torna-se representação**, participa de um si que não pode mais pensar-se sem o corpo transformando esse corpo em vertente reflexiva, fonte de manifestações e efusões, lugar de ideias e afetos. O corpo pode assim revelar uma história íntima, um conflito passado, uma emoção de carne. Ele, pura e simplesmente, se transforma em "psicologia" (Vigarello, 2016, p. 12-13, grifo próprio).

Neste âmbito, é a feminilidade um predicado epistemológico que vai atravessar diferentes formas de reconhecimento que conferem um conteúdo moral (Habermas, 2003). Sob um exercício hermenêutico e fenomenológico, a intersubjetividade é o cerne da avaliação das representações de feminilidade a partir das autoatribuições das mulheres colaboradoras desta pesquisa. Visto uma singularidade no processo de subjetivação, a universalidade do sujeito pode ser dispensada, mas entendi que uma representação de

feminilidade hegemônica prevalece, com maior ou menor constrangimento, conforme interpelações muito diversificadas na experiência com o câncer de mama, e que vai justificar as intervenções corporais.

Diante dessa perspectiva, me interessou reconhecer o indeterminado e a qualidade das significações que habitam uma análise tal como se evidencia no prejuízo do mundo e não em um testemunho da consciência (Merleau-Ponty, 1999). Este prejuízo diz respeito aos sentidos reciprocamente atribuídos sob leis biológicas e psicológicas e suas determinações concretas e abstratas que fazem da experiência sensível um processo vital, no caso, uma experiência vivida com o câncer de mama. Então, ao pensar sobre a consciência desta experiência relatada, que diz dos sentidos do corpo, das vivências, entendi como a percepção analítica, este exercício de um relato de si mesma, faz reconhecer uma experiência que só pode ser sentida na vivência, uma vez que

[...] a experiência consciente é apenas uma dimensão da vida psíquica e que não podemos atingir, pela consciência ou pela linguagem, um controle total das relações primárias de dependência e impressionabilidade que nos formam e nos constituem de maneiras persistentes e obscuras (Butler, 2015, p. 79).

O filósofo Merleau-Ponty, quando defende que o corpo é conhecimento, faz referência às intencionalidades como sentidos que, por isso, podem proporcionar objetividade à subjetividade. O corpo é marcado por uma presença somática, corpo vivido, corpo próprio, sujeito encarnado como expressão de que

[...] as sensações e as imagens que deveriam iniciar e terminar todo conhecimento aparecem sempre em um horizonte de sentido, e a significação do percebido, longe de resultar de uma associação, está ao contrário pressuposta em todas as associações, quer se trate da sinopse de uma figura presente ou da evocação de experiências antigas. Nosso campo perceptivo é feito de "coisas" e de "vazios entre as coisas" (Merleau-Ponty, 1999, p. 38).

Isto posto, foi possível entender que uma representação de feminilidade, seguindo essa perspectiva filosófica, não é fixada, mas sim efeito de um processo de encarnação que significa um ato de marcação que transforma a diferença de instituição em distinção natural, produzindo efeitos, já que inscritos no corpo e na crença. Tais inscrições são disposições duráveis e fazem reconhecer e efetuar exigências imanentes a dado campo

(economia, família etc.) para, assim, garantir uma história de vida tal como se pudesse ser autorregulada na perseverança de princípios da inadaptação, adaptação, revolta e/ou resignação, em um jogo que implica uma

construção social arbitrária e artificial, [já que] um artefato que se evoca como tal em tudo o que define sua autonomia, regras explícitas e específicas, espaço e tempo rigidamente delimitados e extraordinários, [pois] não se entra no jogo mediante um ato de consciência, se nasce no jogo, com o jogo, e a relação de crença, de *illusio*, de investimento é tanto mais total, incondicional, quanto ela se ignora como tal (Merleau-Ponty, 1999, p. 109-111).

Acrescenta-se a esta perspectiva, para interpretar um processo de encarnação, que a incorporação de uma representação de feminilidade é insuficiente para compreender a complexidade de um processo que, de certo modo, questiona a todo o tempo uma *episteme* rumo a uma articulação de disciplinas que deve contribuir para combater um biopoder (Latour, 2004). Isto porque, entendi que uma articulação das controvérsias nos processos de incorporação deve expressar as diferenças a afetar o corpo, ou seja, diferentes pro/posições, lugares, com/posições e recursos extra-somáticos. Em síntese, para considerar o que Bruno Latour assentiu:

Não esqueçamos que o que coloca a questão do corpo na dianteira das ciências sociais é, por um lado, o encontro do feminismo, dos estudos sobre a ciência e de uma razoável quantidade de reinterpretação foucaultiana da sujeição e, por outro lado, a expansão da bioindústria por todos os recantos da nossa existência cotidiana. Esta Política do Corpo, o combate em torno do biopoder – que, como Foucault previu, representa certamente a grande questão do século –, só pode ser sustentada se concedermos à ciência o direito imperial de definir por si todo o reino de qualidades primárias, relegando a militância para a província marginal dos sentimentos subjetivos. O biopoder deveria ter um biocontrapoder. Sem ele, "as conversas sobre o corpo" não de ser sempre tão eficazes como as canções dos escravos em louvor da liberdade. Há uma vida para o corpo depois dos estudos sobre a ciência e do feminismo, mas não é a mesma que a do passado (Latour, 2004, p. 59-60).

Nisto, se compõem mente e corpo, material e simbólico, significando o processo de encarnação que qualifica a corporalidade como o lugar onde se funde e se dilui os dualismos modernos. Nada mais que uma ativa corporalidade que pode ser compreendida

na redefinição do conhecimento expressada na captação de significados e na intencionalidade. Tal como explica Fernando Selgas (1994) que

Ao evidenciar o caráter corporificado de nossa identidade e de nossa experiência, e ao centrar a atenção na constituição dos agentes sociais, **somos levados a ver as naturezas duplas que habitam nosso corpo: é carne e osso, mas também uma entidade social**; é um símbolo primário do eu, mas também da comunidade; é algo que temos e algo que somos, que nos tem; é individual e único, mas também comum a toda a humanidade; é sujeito e objeto. Isso também reforça a necessidade de admitir que nossa ligação cognitiva mais direta com o exterior, com o mundo, é em si uma construção social, ou seja, que nossa estrutura sensorial e experiencial varia sociohistoricamente e isso afeta necessariamente todo o nosso conhecimento, incluído o que pensamos ter como sociólogos ou sociólogos do corpo (Selgas, 1994, p. 45, grifo próprio).

Assim, o corpo em si é uma experiência que, sob uma análise dos processos intersubjetivos, tem na "experiência vivida" a intrínseca ligação entre cognição, volição e afeto, conexões entre processos mentais vinculando percepção à memória, memória ao desejo, desejo à ação (Featherstone; Hepworth; Turner, 1991). Em síntese, se o sujeito epistêmico pode ser entendido como uma entidade conforme a ontologia de dado constructo discursivo, é sabido que rupturas epistemológicas são intrínsecas às rupturas políticas. Por isso, o debate epistemológico no âmbito do moderno culminou em que a subjetividade tenha diferentes estatutos ontológicos, mas sob um consenso bem estabelecido: não há universalidade do sujeito, e esta é a perspectiva de justiça para uma reconstituição do projeto de modernidade (Habermas, 2004).

Dito isto, o "mundo da vida" e o "sistema" não são constituídos sob uma ordem, mas sim, diante de significações intersubjetivas sobre as quais uma interpretação pode se dar nas vias da compreensão dos sentidos que acabam por ajustar as experiências de vida e criar ambientes sociais. Mas se as fronteiras entre o universal e o particular ficam sempre mais porosas, e uma multiplicação de subjetividades aumenta, fica mais difícil ontologizar e, assim, o debate epistêmico se aprofunda. Como pensar, então, em formas de solidariedade que contribuam para afirmar outros "lugares" às feminilidades diante dos diferentes processos de subjetivação interpretados das experiências do câncer de mama? Isto porque a feminilidade acionada na legislação, assim como nas diferentes formas em que a noção de feminino se estabeleceu, tende a representar um "bem comum".

As reflexões filosóficas e epistemológicas sobre as práticas argumentativas e observacionais a respeito das manipulações e dos testes em busca da "verdade", a fim de dar provas ao real, a potência na construção do real só pode se dar em vias de "verdades" ideais. A Sociologia se desenvolveu neste contexto de separação de "mundos" que até hoje parece dificultar as escolhas pessoais diante de experiências tão complexas. Considerando de um lado os fenômenos da natureza, do outro, os da sociedade, a Sociologia, também, acabou sendo responsável por generalizações que contribuíram para legitimar uma "natureza" das relações binárias. Ainda que seja além de legítimo, plausível, uma análise binária, deve-se ocupar em compreender uma generificação, ou seja, um processo de constituição de cada polo justificado em divisões societárias que visam determinar funções, atividades, que garantam a reprodução deste processo ao tempo que se estabeleceu um regime disciplinar.

É sob esta perspectiva que o feminismo é acusado de insistir no debate sobre as hierarquias construídas por meio destes binários, dos dualismos, pela Modernidade. Entretanto, o movimento feminista atentou sobre a importância de uma perspectiva de gênero nas ciências de modo a reconstituir, historicamente, este processo de naturalização, se não podemos dizer de hegemonia das relações binárias. Ou seja, há uma lógica na produção dos saberes que inserem pares de oposição, tais quais, mente e corpo, sagrado e profano, saúde e doença, homem e mulher etc., como constituídos, linearmente, a partir de algum lugar, uma origem, uma causa, e que devam alcançar, evoluir, progredir, para um dado lugar. Ademais, houve a ausência de justificações nesta produção, obnubilando intenções que diziam respeito ao estabelecimento de critérios para o cumprimento de funções e papéis sociais, e o exemplo básico foi a ausência de mulheres nas comunidades científicas (Schiebinger, 2001). A Sociologia, assim, teve responsabilidade neste processo no qual o debate sobre a agência em detrimento à ênfase nas estruturas veio, mais tarde, a ser imprescindível diante dos movimentos que valorizavam as subjetividades. A noção de feminilidade também deixará de ser única ou universal para ser pensada no plural, uma vez que o feminino é parte de um processo construtivo e relacional no qual diferentes representações estão posicionadas.

A instituição de um bem comum, por mais que legitime uma coesão, considerando o estatuto da modernidade, não garante uma solidariedade implicada nas funções construídas a respeito dos sexos. Ademais, constitutiva de uma identificação a partir do

sujeito masculino, a forma "população" será um "campo" profícuo à instauração de uma biopolítica (Foucault, 1999). E, assim, como afirmou Foucault (1999), a definição de formas, substâncias, modos, finalidades, visou uma identificação com uma racionalidade política na qual está em jogo sua própria vida. De outro modo, é preciso considerar que as práticas de subjetivação têm os corpos como lugares de interação, apropriação e reapropriação. O corpo em si é experiência a encarnar sentidos da ação, conformando significados de modo a garantir uma materialidade (Selgas, 1994) que, de todo modo, se acopla à população.

Neste âmbito, o sentido da ação é um sentido-orientação que contém quadros específicos de significados sobre elementos valorativos, normativos ou desiderativos (Selgas, 1994). Não obstante, a encarnação de dada representação, em que tais quadros são configurados e sustentados em intenções, discursos e/ou narrações, é tal como um pano de fundo para identificar as condicionantes conforme um contexto. Isto posto, as representações serão metáforas de uma imagem que se constituiu em um processo de configuração no qual agentes sociais contribuíram para um entrelaçamento do simbólico com o material seguindo afinidades ontológicas, políticas e conceituais, como sintetiza esta citação:

Os códigos linguísticos, os signos objetivos e os intérpretes subjetivos deveriam ser vistos como configurações da incorporação histórica de oposições e significações sociais. Nossas noções de corpo e encarnação devem sofrer transformações nas ciências sociais e naturais, de modo que ambas apareçam como entidades dinâmicas, abertas e históricas que vão mais além da pele dos indivíduos e que se relacionam internamente com o processo pelo qual nos tornamos **agentes socialmente competentes** (Selgas, 1994, p. 60, grifo próprio).

Sendo assim, uma configuração da corporalidade tem uma estruturação significativa e sociopolítica na qual representações simbólicas são dialeticamente desenvolvidas para formar criações materiais, ou seja, para dar materialidade às representações. Dito isto, as imaginações não mais são entendidas como transcendentais do corpo, pois se consolidam significados, escalas de valor, micropoderes, em um campo sociopolítico. Ao mesmo tempo, se dá uma configuração de uma identidade que, com Selgas (1994), é o "eu" encarnado que admite dizer "eu sou" diante das reflexões sobre como a vida é vivida e como a experiência é constituída. Trata-se de uma

capacidade de agência que dá importância a socialização não como algo externo à carne, porque a cognição é uma ação corporizada de modo que as representações, traduzidas em signos ou conceitos, aparecem como

esquemas e organizações corporais [que] não apenas constituem elementos básicos nos processos identitários, mas que, ademais, **encarnam** um código com o qual [é possível] produzir mensagens e acomodar o aparato perceptivo e interpretativo. [...] A sede última e contingente da configuração do *habitus* e da construção das identidades aparece como uma prótese vital de possibilidades de significação. Ou seja, ela nos confronta com o fato problemático do vivo fluxo interno entre carne (natureza, matéria) e sentido (cultura, espírito) (Selgas, 1994, p. 60, grifo próprio).

Sendo assim, entendo as formas discursivas sobre a reconstrução mamária com inserção de prótese de silicone, no âmbito da legislação e pesquisas revisadas para esta tese, como uma garantia para preservar uma feminilidade, que é incorporada ao longo da experiência vivida, mas suspendida por um princípio vital: a alma, expressa em elementos ditos espirituais ou místicos. Isto significa que todo sentido é atribuído em um processo de encarnação, ou seja, na estruturação da carnalidade que vai ter na corporeidade a expressão da competência das mulheres na transformação dos próprios quadros de sentidos incorporados na sua vivência. Por isso, uma passividade diante dos sofrimentos vivenciados com o tratamento deve ser avaliada para dizer de uma agência que proporcionou às mulheres uma outra atribuição do próprio corpo.

Afinal, como orientou Butler (2006), não é possível desconsiderar que as normas sociais sejam imprescindíveis para dar existência às individualidades, mas é devido nos ocuparmos sobre os modos como formas diferenciais definem e, assim, dividem humanos de modo a tornar vidas vivíveis ou não.

Nesse sentido, a agência individual está ligada à crítica social e à transformação social. Apenas o senso de gênero de "alguém" é determinado na medida em que existem normas sociais para apoiar e permitir esse ato de reivindicar o gênero para si mesmo. Dessa forma, para tomar posse de si, o eu deve ser despossuído na sociabilidade (Butler, 2006, p. 21).

De certo modo, uma autodeterminação identitária vai inferir no reconhecimento das avaliações que as mulheres terão a respeito de seus corpos para decidir sobre as

intervenções corporais. Os relatos confirmaram a reconstrução mamária com enchimento como a orientação médica majoritária, como se uma incorporação devesse se fazer de uma forma de representar a feminilidade. Mas um menor valor foi atribuído pelas mulheres para esta intervenção cirúrgica. Não basta a apropriação das normas para haver uma responsabilidade ética. É preciso que o reconhecimento da noção de humano passe pela consideração de si próprio como humano. Esta noção somente é ética se for histórica, logo, não fixa, não essencialista, então, falível diante de condicionantes históricos. Sendo que essa falibilidade somente pode ser reconhecida se houver criticidade, e a criticidade implica na atenção aos limites do que se pode fazer, os limites de si. Reconhecer a falibilidade humana é despossuir de si para constituir-se criticamente. Então, é imprescindível uma eticidade intimamente relacionada com a operação da crítica (Butler, 2015).

Sem a perspectiva da transformação, se estabeleceria um regime de verdade sobre o sujeito, negando a historicidade dos processos intersubjetivos. E um caráter relacional da vida somente pode ser pensado em sua historicidade. Para Butler (2015) é proposital acionar a historicidade para uma ontologia social na qual não o "eu" não se fixa, não há uma essencialização como na constituição diádica.

Contudo, em detrimento de uma apresentação de outras opções estéticas, que não com a inserção de implante mamário, durante a conversação com a equipe médica, as mulheres se ocuparam nas decisões que envolviam o tempo de recuperação vinculado aos auxílios financeiros concernentes ao trabalho formal, ao atendimento especializado para procedimentos pós-cirúrgicos, às condições de vida no que diz respeito à alimentação, ao acompanhamento psicológico, entre tantas outras necessidades para que, efetivamente, se dê o atendimento multidisciplinar referido na mais recente legislação.

Não obstante aos procedimentos médicos mencionarem evidências científicas mais recentes sobre os riscos e as devidas condições clínicas para determinar a intervenção cirúrgica, uma condição valorativa justificou a garantia de uma autoestima a ser "reparada" à vista dos sofrimentos intrínsecos ao processo experienciado com o câncer de mama. Tal justificativa tem em uma representação da feminilidade uma condição de verdade sobre a reconstrução garantir um reconhecimento da feminilidade de corpos mastectomizados. Ou seja, as representações de um corpo mastectomizado são acionadas a fim de intervenções corporais justificadas para um reconhecimento da feminilidade.

Pode-se considerar que se espera, da parte da equipe médica, uma convivência sobre a recomendação do procedimento reconstrutivo para justificar o processo a ser vivenciado pela paciente oncológica, já que, quando houve a recusa, as mulheres mencionaram interpelações que davam maior valor à imagem corporal sob argumentos relativos à autoestima e menor valor aos riscos e possíveis sequelas. Ainda que, inevitavelmente, tenha havido incômodos e constrangimentos, a feminilidade não parece ter essa centralidade atribuída diante das representações que envolvem a imagem corporal. Uma reconstrução das feminilidades vai deslocar aspectos valorativos sobre as mamas compondo de forma complexa as questões estéticas, tal como a exposição de cicatrizes, a relação com a imagem corporal, com reflexões sobre dores associadas a traumas psíquicos.

A fim de apresentar tal complexidade, seguir-se-á uma síntese a respeito dos relatos das 10 mulheres entrevistadas. Somente duas não fizeram a reconstrução mamária: Virginia e Cora. Considerando a localização da intervenção cirúrgica, da retirada das glândulas mamárias, a mastectomia bilateral, a retirada das glândulas nas duas mamas, foi o procedimento que Virginia e Cora realizaram, sendo que Carolina, Elisa e Carla fizeram a reconstrução mamária de imediato durante a cirurgia; Clarice e Nélida passaram pela intervenção em uma das mamas, sendo que Nélida, nove anos depois, passou por uma intervenção na outra mama que se deu com inserção de implante. Raquel, Adélia e Lygia fizeram uma quadrantectomia, a retirada de um quadrante.

Para Virginia, a prioridade era a continuidade da vida funcional laboral e da maternagem, adequando o tratamento quimioterápico aos finais de semana para continuar trabalhando. Aceitou a condição de tratamento com a oncologista que determinou a mastectomia bilateral, sem qualquer menção sobre reconstrução, contrariando a interpelação do marido, que Virginia até contava com o abandono, o que não aconteceu.

Nélida fez a primeira intervenção sem um diagnóstico com análise posterior do nódulo retirado. Com o resultado positivo para carcinoma, fez nova cirurgia relatando que pediu para tirar as mamas, se necessário, e se negou a uma reconstrução. De um segundo diagnóstico, afirmou ter realizado a reconstrução com vantagem do plano de saúde, em um interstício de quase 9 anos, e aguardava condições viáveis para agendar a cirurgia plástica da outra mama.

Clarice veio a fazer a reconstrução com inserção de implante na mama direita, um ano depois do início do tratamento, convencida do aconselhamento da equipe de

fisioterapeutas. Sua recusa teve como principal preocupação os riscos de mais cirurgias caso houvesse rejeição da prótese, e também devido a uma repulsa diante das imagens apresentadas pelo cirurgião plástico.

Carla realizou o procedimento de imediato nas duas mamas com esvaziamento axilar e considerou fundamental uma rede de proteção e apoio multidisciplinar sobre o que pensa ter sido uma condição privilegiada.

Raquel, Adélia e Lygia fizeram quadrantectomia com prévia condição para não reconstrução imediata, recomendada a sua realização posterior ao tratamento quimio e radioterápico. Lygia relatou não considerar necessário ainda que orientada sobre a assimetria; Adélia se sente constrangida, e seu médico corrobora a necessidade de realizar o procedimento para poder usar roupas de banho, mas receia devido às complicações que teve com a cicatrização; já Raquel foi surpreendida com o diagnóstico de metástase, considerando negligências anteriores, e desconsiderou qualquer procedimento estético. Ainda sobre Raquel, também não relatou qualquer menção sobre cuidados paliativos.

Carolina e Elisa fizeram o procedimento da mastectomia bilateral e imediata reconstrução com implantes mamários. Carolina relatou sobre o sentimento de medo, pois já possuía prótese de silicone, e se questionava ter sido esta a causa do câncer. Mas aceitou a recomendação para fazer de imediato a mastectomia e teve um resultado considerado ótimo, ainda que relatou um sofrimento por não poder pegar o filho no colo. Carolina sofreu com a tão temida rejeição da prótese e, durante dois anos, procedeu com os cuidados devidos das novas intervenções cirúrgicas.

Elisa considerou não realizar o procedimento cirúrgico, relatando um sentimento de repulsa diante das imagens que o cirurgião plástico apresentou. Entretanto, acatou os conselhos do marido e da irmã para não pensar somente na doença como se os implantes pudessem contribuir para novas intercorrências. Teve uma infecção, provocada por uma rejeição em uma das mamas, depois da primeira quimio, mas os posteriores procedimentos, do expansor até as condições de outra cirurgia, foram considerados um sucesso, passados dois anos de cuidados até a devida cicatrização.

Cora fez a mastectomia bilateral e se considerou egoísta por não desejar fazer, mencionando o marido, mas relatou nunca ter pensado na exposição de seu corpo porque sempre imaginou estar fora dos padrões de beleza.

Todas as justificativas, de diferentes formas, seguindo as análises de Thomas Csordas (2008), terão uma significância autoatribuída às emoções, por exemplo, a chamar a atenção para uma responsabilização implicada na feminilidade quando a causa do câncer é especulada. O processo de subjetivação, como explicou, não está isento de um tipo de racionalidade materializada em um esquema corporal que pode ser interpretado sob uma tripartição entre procedimento, processo e conclusão. A enfermidade impõe uma experiência de transformação que ativa o crescimento espiritual neste movimento tripartite correspondente à crença na eficácia das terapias. Um movimento composto de predisposições (motivos) para um empoderamento (expressão do poder espiritual, gestos, técnicas do corpo) em vistas de uma transformação.

Para tal transformação, um cuidado de si pôde ser compreendido nas formas que as práticas incorporadas foram estabelecidas em um processo de subjetivação que demandou, de certo modo, a aceitação da condição de paciente oncológica. Dos atributos da feminilidade, não foi incomum certas causalidades, como se uma natureza feminina implicasse certos comportamentos que, retoricamente, apreendem a indeterminação das causas da doença. Neste âmbito, Clarice expõe uma discordância sobre esse discurso a respeito das emoções vivenciadas como se houvesse uma responsabilidade individual dos efeitos somáticos, ou melhor, para indicar que a pessoa é responsável por um acúmulo que vai culminar no câncer e, por isso, deve trabalhar para refletir toda a sua trajetória de vida a fim de sanar e, assim, ter eficácia no processo de adoecimento em vistas da sua conclusão: a cura.

Igual, por exemplo, ela [médica] tem um posicionamento que eu não concordo, que alguns oncologistas, eles seguem. Que é falar que, um discurso assim: "Ah, você... **o câncer é um ressentimento que você guardou** e aí, você tem que descobrir o que é para você trabalhar isso em você". E aí, o [nome de instituição oncológica] segue essa linha também. Sabe? E eu não concordo, sabe? Eu... O hospital! É! Eu... veio um médico de lá também, sabe? Aqui em Montes Claros, não é? Porque a Dra. \*\*\* traz vários médicos aqui, não é? Vários profissionais renomados, não é, que estudam essa temática. E aí, esse médico, é um médico assim que é... que ele estuda muito essa temática e ele fala também isso. E aí, eu falei com ela, falei para ela assim: "Olha, Dra. \*\*\*, **é um peso muito grande que vocês jogam para o paciente. Porque além da gente estar com câncer, você ainda falar que eu causei isso em mim.** Então, assim, é muito forte" (Clarice, 2019, grifos próprios).

De outro modo, essa interpretação é corroborada diante da condição relatada por Virginia a respeito dos sofrimentos que experienciou, mais particularmente, com o casamento, e que foram atribuídos como antecedentes do câncer, no caso, o acúmulo de mágoas e, por isso, o câncer ser uma doença emocional. Neste sentido, o relato de Virginia faz referência aos sofrimentos desde o encontro com o que sentiu ser o "amor de sua vida" até firmar o casamento "eterno", almejado diante de suas crenças, mas insatisfatório visto a ausência de expressão de sentimentos e de reciprocidade do companheiro. Como se considerava muito independente e informada sobre pesquisas que falavam das experiências de outras mulheres com o câncer de mama, imaginava o abandono do marido, o que não aconteceu. Como ele a acompanhou com afinco durante o tratamento, Virginia atribuiu uma transformação de modo a avaliar o "melhor ano" de sua vida. Por isso, aceitar as predisposições diante deste acúmulo de mágoas devido a indiferença do marido, expressa na ausência de diálogo e de afeto, implicou em um empoderamento para enfrentar o tratamento.

Eu pensei que ele ia me largar. Mas, na hora que eu cheguei que eu dei a notícia, pela cara dele, eu vi que ele não ia me largar. Entendeu? Eu vi que ele ia estar junto comigo. E eu vi que ele gostava de mim. Porque ele apavorou. [...] **Uma pessoa que não gosta de carinho.** Não sei. Você chega, você é melosa e ele... [riso]. Te corta! [riso]. Então, você nunca sabe o que ele está pensando. Muitas vezes, **eu achava que ele não gostava de mim.** Muitas vezes, eu chorei achando que ele não gostava de mim. Eu sofria também por ele, achando que ele não gostava de mim. E eu gostava muito dele. Muito! Muito! Quando a gente namorava, eu gostava tanto dele assim que eu achava muito engraçado quando a gente brigava e tinha alguma coisa, a dor que eu sentia era aqui assim [mãos posicionadas no ventre]. Os outros namorados era aqui. Não é? Eu sentia aquela dor assim: "Ai". Não é? **Aí, dele era uma dor aqui assim, contraindo, tipo, o útero contraindo. Uma dor assim. Meu Deus, eu nunca vi isso. Senti dor. Dor da saudade. Dor da tristeza, porque ele estava brigando comigo era aqui, como se eu fosse mãe dele, sabe?** [riso]. [...] Mas, **eu penso muito que câncer é a mágoa como eu tinha vivido... É a mágoa. Mais é a mágoa!** Coisa que a gente fica guardando. Igual eu, guardava das minhas irmãs, não é? Que tem aquele sofrimento. Meu casamento era muito sofrido também. Meus seis primeiros meses de casamento foram terríveis. Porque [marido] fez tudo para a gente se separar. Para mim me separar. Como eu tinha te dito, não é? Ele me falou: "Não, eu não vou casar mais". Eu... e eu falei: "Não, agora!? No último tempo você vem falar isso?". **Aí, ele falou que não queria casar, eu falei: "Agora, você, você desfaz tudo! Casamento no civil, casamento religioso, você que vai conversar com papai e mamãe"** [...] **Aí, passado uns anos, ele pegou e me contou, que ele fez isso tudo para ver se eu mantinha a palavra, que eu... que meu casamento era eterno. E ele falou,**

a gente estava brigando, ele falou chorando, me contou, me pediu perdão, sabe? **Mas, isso são coisas que a gente não... magoa, não é? Então, eu acho que essas coisas todas. É muita coisinha que a gente vai passando. Eu acho que é isso que é o câncer. Aí, e a gente não esquece! E quando a gente sente essas coisas... A gente sente no corpo da gente. Porque a gente aqui expressa toda dor da gente. Então, eu não falei que a dor da saudade dele era no útero! As dores da gente é no corpo! É muito... é muito... eu acho que o câncer é isso. Muita mágoa. Ficar guardando. É sofrendo! Eu não sei. Sem querer. Não é que eu queria guardar, que eu queria sofrer. É porque eu sentia as coisas** (Virginia, 2019, grifos próprios).

O envolvimento com diferentes profissionais no reconhecimento e identificação como paciente oncológica, independente da especialidade na rede de atendimento, será operado neste processo de transformação. Clarice entendeu, como uma necessidade, parar para refletir essa relação de confiança que culminou no reconhecimento de uma agência como paciente oncológica para a tomada de decisões, um protagonismo qualificado devido a este reconhecimento, como pode ser lido a seguir:

Aí, eu falei assim: "Ah, eu vim me apresentar como paciente!". Aí, ela estava atrás do balcão. Isso me marcou muito! Aí, ela saiu e aí, ela veio e me abraçou e falou assim: "Ah, seja bem vinda! Não é? Nós estamos aqui para te, não é? Oferecer o melhor". Aí, ela já me levou lá para dentro. Me apresentou para o pessoal. E a recepcionista é uma filha de uma grande amiga minha que já faleceu. Então, assim, eu me senti muito bem lá, sabe? Desde a primeira vez que eu fui lá. Não é? Então, assim, **o acolhimento foi essencial para lidar, não é, com o que ainda eu ia passar. Tudo o que ia vir. Porque nesse momento assim, é... o... como ser humano é... você paralisa! Porque você não sabe o que vai vir. E você tem que parar os seus planos. Tudo o que está planejado ali. Tem que parar!** [...] Como pessoa. Nem foi como [profissional da saúde]. Porque **durante todo o tratamento eu me coloquei como mulher. Não me coloquei como [profissional da saúde]! Porque lá eu era paciente. Eu me coloquei como paciente.** Mas, eu queria ser respeitada, sabe? E eles me respeitaram em todos os momentos. **Em nenhum momento teve imposição ou não me verem como um ser humano. Eles me viam como um ser humano. Capaz de decidir, de tomar decisões,** que tinha, não é? Um apoio familiar todo por trás. Então, eles sempre se referiam a mim, não é? Junto com a minha família. Sempre eles queriam, não é? Aquele... Era tudo muito bem conduzido, sabe? Muito bem conduzido. E eles nunca me desamparavam. Nunca! Não é? E eles é... mostravam que viam... havia uma rede assim toda de proteção. Tanto da parte deles quanto a equipe de saúde. Quanto da parte da família. Então, **eles colocavam todo mundo como protagonista** assim. Ninguém ficava alheio. Mas, sempre eles, eles, eles [repete] eles respeitavam a minha decisão! (Clarice, 2019, grifos próprios).

A relação com profissionais, deste modo, não se expressou somente em obediência das orientações aliada ao preparo para a execução de cada detalhe dos procedimentos, mas nas decisões que competem neste processo de reconhecer-se paciente. Reconhecimento que foi interpelado diante de uma força atribuída à recusa da reconstrução mamária como Clarice contou:

"Agora, Clarice, eu quero saber porque você me surpreendeu após a cirurgia da mastectomia, porque **você não sentiu falta da sua mama**. Assim, você, **a sua atitude, como você chegou aqui, a força que você chegou, me surpreendeu muito. E eu queria saber porque é importante que nós possamos saber a experiência, não é? Para que a gente possa compartilhar com outras mulheres e tudo, não é, que, não é, poderão passar por isso: o que fez você ficar forte? Não é? Porque você chegou aqui e parecia que nada tinha acontecido?**" (Clarice, 2019, grifo próprio).

Para Clarice, foi fundamental evitar a rejeição de um implante mamário. Tal procedimento, para Carla, por exemplo, foi mencionado como parte de uma condição privilegiada devido aos vínculos que proporcionaram uma rede de apoio durante o seu tratamento, especialmente por ter tido acesso às tecnologias mais avançadas. Entretanto, a sensação de segurança por Carla se deu primeiramente com o vínculo médico, a que ela justificou a confiança para uma "entrega" de seu corpo aos procedimentos necessários. Essa "entrega" esteve motivada na fé para a decisão de não dedicar tempo pensando sobre o tratamento, mas, especialmente, seguir as instruções. Uma "entrega" que correspondeu a cada etapa e, pode-se dizer, foi "revelada" no exercício de sua fé, como pode ser lido a seguir.

Eu tenho um testemunho que é muito isso assim. É a personificação de Deus no diagnóstico, porque **nada justifica**. Então, você meio que se entrega, sabe? Você vai devagarzinho, e vai pisando onde não tem chão, mas Deus coloca o chão e... e tudo vai... tudo vai acontecendo. É... Essa questão do... de... [gagueja] de Deus assim, de provar, de experimentar, de degustar, o **poder transformador de Deus na minha vida** foi... do segundo diagnóstico, eu estava já finalizando o tratamento. Já tinha feito quimio, cirurgia, radio, da segunda vez. Não é? Estava em terapia alvo. E aí eu fui fazer uma revisão... é... fui fazer um controle com um cardiologista, porque a quimioterapia afeta, não é, a função cardíaca e eu fui fazer uma revisão... é... fui fazer esse controle... habitual. E aí, chegou lá no exame, **ele viu um tumor cardíaco. E apareceu esse tumor lá no... na imagem do... do eco**. E ele falou, aí ele desesperou. Ele ligou para **\*\*\*[nome da médica]**, ela estava viajando na é... na hora. Ele... ele

enlouqueceu. Ele falou: "Você precisa fazer um exame invasivo agora para a gente ver como é que é". E estava claro lá assim. Eu levei em três cardiologistas e os três falaram que era nítido esse... esse tumor cardíaco. E precisava fazer esse exame, que era um exame invasivo, não é? Que aí é um ultrassom interno, tipo endoscopia. Só que do coração. Aí precisava de sedação e tal e tudo. E aquilo veio para mim como... "Poxa, agora um tumor cardíaco não tem jeito. Não é? Vamos... vamos parar para pensar! Que eu pensava: não tem quimioterapia para isso! É... vai fazer cirurgia no coração para tirar o tumor? Não tem jeito! Um transplante de coração? Não é?" Tipo... E aí, **nessa hora, sabe quando você enxerga o limite da ciência? Eu enxerguei o limite da ciência. Eu enxerguei o limite do humano. E a partir daquele momento já não tinha mais para onde eu correr. Ou era... aquilo ou era aquilo. Sabe assim? Mas, não tinha uma outra coisa... E aí eu fui para a igreja. Eu sou católica. Fui para missa. E na missa eu fechava os olhos, todo momento e enxergava o tumor. Eu fechava os olhos e enxergava aquele tumor.** E aí, naquele momento do... da consagração, é... eu fechei os olhos, enxergando o tumor, eu falei assim com Jesus: "Jesus, assim como eu creio que esse pão não é pão, e esse vinho não é vinho, some com esse tumor do meu coração! Some com esse tumor da minha... do meu corpo! Desaparece! **Transforma!**". E eu fechei os olhos e aí a imagem do tumor foi fazendo assim olha... [gesticula] e sumiu. E aí, naquele momento eu fechei o... aí eu abri o olho e enxerguei Jesus consagrado. Aí, eu fechava o olho e já não enxergava mais o tumor [sorrindo]. **Aí eu abria de novo, enxergava Jesus, fechava os olhos não enxergava mais nada. Aquilo que estava formadinho lá já era uma... uma... esbranquiçado assim. Uma parede branca. Como se Jesus falasse comigo: "Te dou uma página em branco para você reescrever sua vida"** [emocionada]. E aí, eu fui para o exame, esse exame invasivo e antes de começar a médica pegou o exame anterior e falou: "Nossa! Mas, você está tratando? Isso aqui está...". Eu falei: "Estou". Ela falou: "Mas, isso aqui está muito claro que está aí mesmo, não é? É, vamos fazer o exame e ver. Para ver onde que está, como é que é e tal". E aí, eu fui para o exame. Só que quando eu acordei da anestesia, meu marido estava do meu lado com um sorriso daqui aqui [apontando o próprio rosto de uma orelha a outra] e eu perguntei para ele, eu falei: "O que que deu?" ele falou: "Não tem nada aí! A médica não está entendendo nada". E ela veio de lá e... falou: "Eu não consigo te explicar" [se emociona]. Então, é... chega em um momento que quando a gente enxerga nossos limites, nossa limitação... Eu me emociono, toda vez que eu conto, porque é muito forte, não é? A gente vê assim... o quanto **a gente deve confiar em um ser supremo**, em um ser... [inspira] divino, não é? No... no poder do divino em nossas vidas. E... e foi bem isso que aconteceu assim [estala a língua nos dentes] (Carla, 2020, grifos próprios).

Além de reconhecer sobre uma condição privilegiada, uma significância do significado da cura, tal como explicou Csordas (2008) para as experiências religiosas, compreende uma cultura somática que objetiva um terreno existencial que é indeterminado. Ou seja, o significado cultural é intrínseco à uma experiência corporificada

que pode conjugar corpo biológico, religioso, linguístico, histórico, cognitivo, emocional e artístico com sentido, movimento, intersubjetividade, espacialidade, paixão, desejo, hábito, evocação e intuição (Csordas, 2008, p. 19). Uma experiência, tal como relatada por Carla, que intensificou o contato entre o sofrimento e a esperança. O processo de tratamento, em suas especificidades, e os efeitos sociais e psicológicos diante das práticas terapêuticas disponibilizadas, foram conjugados a uma forma de cura que é religiosa por natureza (Csordas, 2008, p. 29). É neste âmbito que a "revelação" diz respeito à confiança nesta relação de cura e religiosidade, nessa "entrega" que Carla disse ter aprendido diante da responsabilidade de cada pessoa envolvida nesta rede de apoio. Confiança esta, ainda, expressa na retórica da transformação que Csordas explicou com base na compreensão de que

[o]s processos de cura e crescimento espiritual estão ligados porque a doença é normalmente vista como um obstáculo ao crescimento espiritual. A cura é, portanto, considerada necessária para todas as pessoas no processo de crescimento espiritual, que, por sua vez, conduz à boa saúde (Csordas, 2008, p. 33).

Este processo também, conforme o relato a seguir de Carolina, teve significância diante do "suporte espiritual" que garantiu evitar um "mergulho" no diagnóstico, ao exercitar uma reflexão de que o câncer não é "seu", e de que não era uma "sentença de morte". Ou seja, Carolina não incorporou a malignidade quando decidiu cuidar de si após diálogos com o marido que, diante de seu "desequilíbrio", buscou apoio na instituição religiosa, onde exerciam atividades, por meio do vínculo com o padre que celebrou seu casamento. Para ela, este apoio contribuiu para suportar o que sentiu nos primeiros dias, desde a notícia do diagnóstico, pois se sentiu abençoada com as orações de toda a comunidade religiosa. Esta iniciativa do marido para seguir a rotina, "não mergulhar no diagnóstico", foi entendida como um companheirismo de sua parte, em contraposição às diferentes histórias de desespero de outras mulheres, que conheceu na fila de atendimento médico, diante do abandono dos maridos.

Ele falou: "Eu queria que todos os nossos compromissos fossem mantidos. **Nós não vamos mergulhar em um câncer. A vida vai continuar igual, a gente seguia a vida.** Vamos andar igualzinho a gente caminhava". E aí, eu falei: "Tudo bem". Aí, a gente... eu tentei, sabe? Mas, o final de semana foi tão difícil! Foi tão difícil! Eu não queria

esconder de ninguém o diagnóstico. Mas, eu não tinha força de contar para ninguém. É tanto que **todos os eventos que a gente foi, eu cheguei sorrindo, eu consegui conversar, mas assim dentro de uns 30 minutos eu me recolhia em um canto e desesperada caçando um... um lugar para me esconder, chorando. Sabe? E ver tudo isso também me trouxe um pouco de dificuldades. Foi bom para mim! Para mim, tipo assim, não mergulhar no diagnóstico. Mas, ao mesmo tempo foi muito doloroso.** Porque para mim, eu estava vivendo aquilo ali pela última vez. Então, assim, foi muito desesperador esses primeiros eventos que a gente participou. **É como se eu estivesse ali vendo aqueles meus pela última vez. É como se eu estivesse vendo meus irmãos pela última vez. Eu fiquei muito desequilibrada nos primeiros dias.** E aí, é... a gente, nós somos católicos, e aí, é... meu marido já tinha comen... aí, meu marido comentou com o padre. Aí, o padre já me chamou para conversar. Eu tive um **suporte espiritual** muito bom também. Muito bom! A Igreja assim me acolheu de um jeito assim, me fez muito acreditar, sabe, que tudo ia dar certo! Então, assim, foi de fundamental importância para mim. Minha família também! Me amparou demais! Meu marido! **Meu marido é muito meu amigo! Muito meu amigo! Isso foi de uma importância assim tão grande porque... eu já conheci mulheres assim que... desesperadas com tumor, não é? Na fila de médico, esperando para ser atendida e desesperada com... não com o câncer. Desesperadas, porque o marido ia largar elas!** Então, eu falava assim: "Meu Deus do céu! A dor dessa pessoa, tipo assim, você recebe um diagnóstico desse e você preocupada com o seu marido que vai te largar!". Então, eu falei: "Gente! É muito..." [gagueja]. A realidade é muito diferente! Sabe? Eu não tenho do que reclamar! Na verdade! A minha situação foi muito assim... **eu fui muito abençoada em todo o meu processo, em toda a minha... todo o meu caminho, sabe? Ainda eu sou! Porque eu estou em tratamento!** Mas, eu falo assim: Deus assim, foi muito cuidadoso comigo, sabe? E aí, esses primeiros dias foram dias muito, mas muito, muito, muito [repete diversas vezes] difícil! Eu não... não tenho palavras para descrever o medo que eu tive (Carolina, 2020, grifos próprios).

Diante de uma rotina entre tratamento e continuidade nos exames de investigação, que entendi como um processo permanente, uma retórica da transformação (Csordas, 2008) é intrínseca ao significado da vida. O relato a seguir de Adélia faz referência a uma rotina que precisa eliminar uma perspectiva que dava sentido ao trabalho para uma aquisição de objetos considerados supérfluos. Até mesmo o significado de uma aparência corporal passou a ser pensado como algo menor. Ter dado maior valor às " vaidades da vida " justificou o acometimento que serviu para a transformação dos significados atribuídos ao trabalho e às relações com outras pessoas. A experiência da enfermidade contribuiu, segundo Adélia, a uma mudança em relação ao valor da vida, não somente de um sentimento de gratidão por estar viva, mas também a respeito da vida de outras pessoas.

Depois que a gente passa por isso é que você dá valor. Os seus valores são outros. É uma mudança muito grande. Você dá valor na mínima coisa na sua vida. A mínima coisa! Para você ter um significado muito grande. Sabe? Muito, muito grande. Você passa a enxergar as pessoas diferentes. Você vê que **ninguém é diferente de ninguém. Todo mundo é igual. Ninguém é melhor que ninguém.** É uma gratidão tão grande a tudo e a todos, sabe? A primeira coisa quando você abre o olho, ao levantar, a primeira coisa que você fala: gratidão, eu estou viva, eu estou viva, mais um dia, não é? É isso! Antes, antigamente, eu preocupava muito assim: corpo, roupa, coisas supérfluas, não é? Hoje não! Hoje é diferente. Hoje, a minha vida é outra. Você tem, você tem uma rotina diferente. Não é mais, eu trabalhava muito, muito, muito. Hoje, eu vejo que não vale a pena. **Não vale a pena você trabalhar tanto. Porque olha, para você ver, eu trabalhava tanto que chegou uma hora que Deus falou: "Para. A vida não é isso". Você tem que pensar em você. Você tem que ter lazer. Você tem que ter vida. Você tem que pensar na família. Que eu queria do bom e do melhor. Quando você quer do bom e do melhor para os seus filhos, você acaba ultrapassando, não é? E esquece do mais importante. Que é... a família importa. [...]** E tudo foi depois do câncer, não é, Dali? Antes eu não pensava nisso. Antes eu não enxergava meu próximo. Antes eu não enxergava meu irmão de rua. Entendeu? Antes eu não pensava. Eu tinha minhas vaidades. Eu pensava em mim. Eu pensava era na minha família, na minha casa. E hoje, eu vi que, a importância de tudo hoje que eu vivo. E esse câncer veio para isso. **Eu agradeço a Deus pelo câncer que eu tive. Eu sou grata a Deus por ele. Porque foi através do câncer que eu mudei.** Em tudo! Em tudo. Até em relação a minha crença, sabe? Até em relação a minha crença. Porque, muitas vezes, Dali, **quando a gente vive só pelo trabalho, pela, ah, pelas vaidades da vida, você esquece até de agradecer a Deus pelo seu trabalho, por aquele dia, pela sua saúde, não é? Que você está tendo saúde, não é? Que você está tendo saúde para estar trabalhando, para ter a casa que você tem, a vida que você está levando.** E quando você tem um câncer, aí, você depara e fala: "Eu não sou nada". Você depende dos outros para tudo. É nessas horas que você dá valor em tudo. Sabe? Um banho. Você não consegue tomar um banho sozinha. Você não consegue... você tem a comida e você não consegue comer. Você tem tudo essa beleza que você tem no seu cabelo, na sua sobrancelha, você tem tudo! Você não dá valor! (Adélia, 2020, grifos próprios).

Somado a expressão de gratidão, um sentimento de segurança diante de uma justificação espiritual se expressou como uma transformação, tal como uma purificação, na experiência relatada por Cora. Mesmo afirmando não se considerar uma pessoa mística, considerou que este processo a fez atribuir uma motivação para ajudar pessoas. O sentimento de proteção e companhia, durante o tratamento quimio e radioterápico, foi revelado na sensação de presença de falecidos avó e pai.

**Olha, teve... foi assim, determinante para mim! A presença da minha avó e do meu pai. Que já morreram há um tempo já. Já... uns 10 anos, mais de 10 anos atrás! Todas as quimios eles estavam lá. Não é? Minha avó chegava, então, ficava assim na cama. Aquela coisa mais fofa do mundo! Encaçava assim no pé da minha cama e o meu pai do outro lado. Nossa! Foi incrível! Não teve uma quimio que não foi assim! E isso, eu olhava assim para eles, eu falava: "Meu Deus do céu". Ela olhava para mim assim com aquele sorriso muito gostoso e aquilo foi determinante! Foi determinante mesmo! Essa presença espiritual... é... destas pessoas que, não é, eu conversei muito com a psicóloga depois disso. Claro, ela tem a visão dela, eu tenho a minha [rindo]. São visões assim, é... é onde ela falou assim: "Cora, eram pessoas que te protegiam! Não é? E você se sentiu protegida". Falei: "**Senti! Senti protegida e eles não me abandonaram**". Agora na radio da mesma forma. Eles estão sempre lá! E... [pensa] **foi muito, foi muito... determinante! Para minha segurança a presença, essa presença... eu falo que é uma presença quase física.** Entendeu? Eu sei que não era. Mas, quase física assim dessas pessoas. Foi muito importante. E assim, **você impôs uma mudança.** A gente não, eu costumo falar, que não tem como você sair desse processo todo sem ser, sem estar mais... **purificada?** Eu não sei. **Eu não sou mística** a esse tanto... a esse tanto assim! Mas, eu, eu tenho a impressão de que você tem uma visão bem mais, bem diferente das coisas, das pessoas, da situação de cada um. **Você sai com outra vontade. Você pensa também na vontade de ajudar mais essas pessoas.** Quando eu falo para você que eu olho para aquele hospital e aquelas pessoas estão tristes com aquele semblante tão carregado. Eu falei: "Não, mas não precisa disso! Vamos... Tira um pouquinho do peso dessa carga". E às vezes, eu fico pensando o que eu podia fazer para isso. Porque **é muito doloroso se você carregar essa carga tão pesada** é pior, pior. Não é? Então, assim, tenho essa vontade também! De melhorar alguma coisa, de alguma forma, a vida dessas pessoas. Não é? (Cora, 2020, grifos próprios).**

De outro modo, uma reflexividade a respeito de condições exaustivas, deste peso que acomete uma insuficiência de apoio e reciprocidade, se vinculou à paciência que uma socialização para o casamento acomete as mulheres. O relato de Lygia sobre a intensa rotina de um casamento que se findou, um cumprimento dos papéis de pai e mãe na criação das filhas, diz respeito a uma transformação sobre o que entendeu como um erro o receio de errar.

[...] eu tive que virar uma mulher maravilha. E também, duas crianças, não é? Aí, exatamente, eu tinha... Errei demais. Hoje, eu faria diferente. Porque, eu novamente, **eu achava que eu não podia errar.** Então, eu assumi tudo. Tudo, tudo, da educação das crianças e, de certa forma, para o meu ex-marido estava confortável. Porque ele sabia que **eu dava conta de tudo. Sabe? Ele sabia que eu dava conta de tudo.** E para elas é

muito ruim. Hoje eu tenho consciência que, eu poderia ter feito diferente. Eu poderia ter exigido mais. Eu acho que eu fui, acabei sendo muito compreensiva. E achar "Não, fulano não dá conta. Eu dou conta. Eu sou o pai e a mãe". Não é verdade. A minha vida emocional, ela só foi melhorar mais, depois que eu vi que eu não era pai e mãe. Eu sou mãe. Eu não sou pai. Entendeu? Melhorou muito. Eu tirei um fardo das minhas costas (Lygia, 2020, grifos próprios).

A experiência com a enfermidade fez com que Lygia associasse a intervenção cirúrgica a um sentimento de plenitude sobre a vida, sobre a beleza, reconhecida com gratidão. Disse de um aprendizado sobre tolerância e vulnerabilidade por meio de uma reflexividade proporcionada pelo câncer, que "vem para te moer" e ensinar a beleza da vida. Assim, sentir-se "mais inteira", considerando a intervenção na mama, diz respeito a um maior valor implicado nesta transformação de si. Para Lygia, "maior que o corpo", no sentido de para além da imagem corporal, vem significar uma "melhora" em relação à vida, sendo a noção de beleza uma atribuição a respeito da gratidão sobre um outro olhar para a vida, como relata a seguir.

**Hoje, eu sou mais inteira. Por incrível que pareça, mesmo com a mutilação na mama, eu sou muito mais inteira. Porque o meu olhar para a vida é outro. É outro. A minha beleza hoje é outra beleza. Uma beleza mais agradecida. Entendeu? É diferente. É muito maior do que o corpo! É muito maior do que o corpo. É a experiência! É a experiência de passar por um CA e melhorar. É uma doença que vem para te moer! Mas, a hora que você sai lá do outro lado, você sai melhor, melhor, mais gente, sabe? Mais gente. Ela vem para te ensinar. Aí, você tem que se permitir aprender, não é? Ser mais tolerante. Saber que você não dá conta de tudo. Que você não é dona da razão. Que você depende do outro o tempo todo. Olha é, Daliana, eu não sei, Dali, se você, qual o olhar seu para a **espiritualidade**. Eu não sei. Cada um tem um olhar. Mas, para quem tem olho, eu não sei se você me entende, se você entrar em qualquer oncologia, em qualquer sala de oncologia, tem tanto anjo lá dentro. Tem anjo que você enxerga e anjo que você só enxerga com o seu coração. Tem muita gente que ajuda. Muita. A espiritualidade, ela é, são os **trabalhadores da última hora**. Que trabalham para Deus, trabalham para Jesus. Eles estão lá. De verdade. Eles estão lá e eles ajudam o tempo todo. O tempo todo! Você acha, às vezes, "Ah, você está sozinho". Está não! Não está. Não está. Ali tem tanto amor, mas é tanto amor. É tanta doação. Por isso que é oh, silêncio! Tranquilidade. Entendeu? Então, como não confiar em um Deus desse? Como? Sabe? Porque ali deveria ser um ambiente de tristeza. Não é não. Só vê gente ajudando, ajudando, ajudando [repete], acudindo. É bonito demais. E a gente não enxerga isso se a gente não estiver lá dentro. Não tem como! A diferença de você falar com alguém, que passou, que viveu, do que falar com uma pessoa que só lê [emociona-se]. **É só para quem vive, fia. É só para quem vive. Ai, Deus! A gente fica criança. A gente fica criança. A gente fica****

**desarmado. A gente fica, sabe, assim? Fragilizada. É! É muito, é muito amor. É muito amor. A impressão é que é um lugar de dor. Mas, não é um lugar de dor. É um lugar de muito amor.** É muito amor entre o ser humano. Ali é todo mundo igual. Não tem nenhum que é rico, pobre, bonito, feio, tudo ali, como dizia minha mãe, é farinha do mesmo saco. Tudo muito, muito, muito especial (Lygia, 2020, grifos próprios).

A espiritualidade é a condição para tal transformação. A gratidão pela experiência vivida se qualificou com os cuidados de "anjos da oncologia", como disse ter olhado esses "trabalhadores de última hora". Ao fazer referência ao silêncio da oncologia, tem lembrança dos cuidados como expressões de amor em um ambiente onde se poderia esperar "um lugar de dor". E é esse amor que fez Lygia afirmar o quanto é singular conhecer sobre os sentimentos de uma pessoa em tratamento, mas "é só pra quem vive". Dito isto, um processo de encarnação vem dar sentido à experiência vivida, somente atribuída no relato de si mesma, sobre as vivências com o câncer de mama.

O amor, por isso, tem a fé como um elemento primordial, daí não exigir justificção. Como pôde ser compreendido na afirmação de Nélida sobre a fé, a crença é assumir uma condição de maior valor sobre o que é espiritual, ao estado de alma. Por isso, o processo de encarnação está implicado na intersubjetividade, como se pode depreender sobre uma rede de apoio que se compôs sob a confiança de que a fé em Deus deve ser primordial, conforme o relato que se segue:

Por isso que eu falo que eu fui muito, eu fui muito agraciada por Deus. Porque a igreja, para mim, foi um **ponto de apoio fundamental**. Eu tive a igreja. E tive a minha família, que me ajudou muito de onde eles estão. Aqui em Montes Claros só morava eu. Eu e minha filha. Agora que eu tenho uma irmã. Então, no segundo e no terceiro diagnóstico eu tive o apoio da minha irmã. Mas, todas as pessoas que eu conheci depois do diagnóstico, porque no primeiro diagnóstico eu não conhecia quase ninguém. Então, o que eu quero dizer é que eu fui conhecendo as pessoas do bairro, as pessoas da rua, os meus próprios vizinhos no prédio onde eu morava. Tinha enfermeiro, tinha médicos, tinha muitos acadêmicos de medicina. **Eles passavam a noite comigo, andando na garagem. Revezavam quem ia ficar comigo andando na garagem a noite toda, porque tinha fadiga, tinha reações, não é?** Então, eles me ajudavam muito. Aí, eu subia, dormia com eles. Tinha colo. A minha mãe ficou comigo o tempo todo. Orava, dormia no colo, chorava. Então, assim, eu falo que isso é muito importante. **E a fé! O espiritual, ele tem que estar muito acima, assim, sabe? Porque eu fui privilegiada nesse sentido, porque eu quis. Por isso que eu falo você tem duas opções: ou você assume, você acredita, você crê ou não** (Nélida, 2021, grifos próprios).

No relato a seguir, Nélida confirma que é primordial querer viver sob a crença do espiritual e confiar no privilégio de outras pessoas apoiarem nesta luta, já que os corpos são afetados igualmente em relação ao câncer, ainda que entenda as diferenças de oportunidades de moradia, alimentação e acesso ao tratamento. As mediações e as relações recíprocas estão implicadas no reconhecimento das condições da enfermidade que, assim como avaliado na pesquisa de Kleinman (1998), podem transformar os sentidos de vida e de morte e inferir na aceitação ou na desistência. A crença de Nélida vem expressar essa aceitação como um atributo de obrigatoriedade em "fazer pelo outro" a fim de contribuir na sua luta contra o câncer.

**Ou você toma uma decisão de querer lutar e viver ou você... infelizmente, a gente sabe que tem pessoas que precisam muito do nosso apoio, porque elas desistem, não é? E então, eu tive isso. A igreja, sabe? Por mais que, às vezes, não visitasse por causa da imunidade, mas estava ali: "Olha, estou orando por você. A igreja está orando. Os irmãos estão... o que você está precisando?". Uns levavam água de coco. Uns levavam Gatorade®. Levava frutas. Sabe? Então, eu tinha amigas da [universidade] que moram fora e que ligavam para outras amigas aqui: "Faz um favor, leva as frutas tal e tal, tal". Tudo, pesquisava o que que eu podia comer, o que que eu não podia. Então, **por isso que eu falo que eu tenho essa obrigação de fazer pelo outro**, sabe? O que fizeram por mim. Então, eu tive todo esse carinho. Esse mimo. E... mas, não é fácil. O enfrentamento não é fácil. As reações não são fáceis. **Eu falo que só muda de endereço. Mas, as reações são as mesmas. A sua conta bancária não diz que você vai ser diferente, a reação vai ser diferente do outro não. O corpo é um só. Agora, claro, que se um tem oportunidade de alimentar melhor, ele vai enfrentar a imunidade vai estar melhor. Se um tem a oportunidade de morar melhor, ele vai ter um acesso melhor a essa saúde. Mas, não... é tudo igual. A dor, as reações, a queda do cabelo. Tudo muito igual** (Nélida, 2021, grifos próprios).**

Ainda que seja inevitável reconhecer os efeitos do tratamento, das reações da química, logo, do sofrimento, das dores sentidas, há uma crença a respeito da cura, mas as condições de uma "luta permanente" na trajetória de Nélida se dá somente com o "emocional". A condição para a guarda da filha diante da separação judicial não finalizada se estendeu do primeiro diagnóstico, no ano de 2009, passando pela histerectomia, no ano de 2014, e o segundo diagnóstico de câncer na outra mama, em 2018. Até a data da entrevista, não tendo concluído tal processo judicial, Nélida atribuiu uma dificuldade

contínua com o "emocional", dizendo que o tratamento se deu com tranquilidade em decorrência de seu exercício de fé, conforme relato a seguir.

[...] a mastectomia total e eu não quis fazer a reconstrução na hora e foi protelando, protelando, enfim que até hoje, essa primeira cirurgia, essa primeira mastectomia, eu não fiz a reconstrução ainda. Mas, aí, foi todo aquele processo de tratamento, de quimio, de radio. E o emocional ainda muito abalado por conta do problema da separação judicial, de guarda que ainda não tinha sido resolvido. E que a partir do momento do diagnóstico eu também desisti de... de buscar qualquer solução, acordo judicial. Eu até liguei para o advogado e falei assim: "Olha, arquiva e deixa que Deus resolve". E foi aí, que... e **aí, começou a luta toda. Eu falo que eu tive maior dificuldade do enfrentamento emocional, psicológico. [...] Porque eu sempre, a partir do primeiro diagnóstico, logo após o primeiro diagnóstico, apesar de todo conflito emocional, não com a enfermidade em si, com a enfermidade em si, eu me atrevo a dizer que eu enfrentei com muita fé, com muita tranquilidade, sabe? Mas, eu não soube lidar com o emocional em todo esse tempo [...] Não foi problema, no meu, para mim não foi nenhum problema isso não. Do fato de não ter colocado a mama.** Talvez, eu coloque, depois da pandemia, que estivermos mais, não é? Que tiver as vacinas, que tiver um tratamento, uma segurança hoje maior, **talvez, eu venha a fazer a reconstrução. Mas, não é uma prioridade assim. Não é uma necessidade para eu ser feliz não.** Não! Não, não é! Já tenho cesariana. Cesariana, uma histerectomia total e duas mastectomia total e uma outra cirurgia que foi para tirar uma, da própria mama, não é? **Para fazer uma, um reparozinho. Então, chega! Não é? Vamos viver agora e sem mais sustos. Vamos viver!** (Nélida, 2021, grifos próprios).

Há um processo de subjetivação que expressa maior valor na cura do que nos demais procedimentos, como se fossem complementares e, por isso, entendidos como menores, não prioritários. A reconstrução mamária é um "reparozinho" para uma imagem corporal que se exprime como mediadora da prioridade que é viver. Como segue no próximo relato, ressaltar a cura significa também não se permitir priorizar uma preocupação com os efeitos do tratamento que entende significar um "trauma muito grande" para a maioria das mulheres. E, ainda que um cuidado de si seja confiável, diante de um seguimento da enfermidade, tendo um amparo de exames e profissionais confiáveis, "o emocional" não é curado.

Mas, eu confesso, pode até ser que não, ou que venha perceber que não, mas eu confesso que isso não me... não me [pensa], **não me deixa menos mulher. Não me deixa triste o fato dessa mutilação.** Você entende? Não. Eu confesso que eu nunca tive, eu tenho, eu costumo dizer que eu tenho até que ter muito cuidado ao falar sobre essa minha, essa, a

falar sobre isso no meio das pacientes, das amigas e das tantas pacientes que a gente conhece, porque **eu percebo que em sua maioria é um trauma muito grande: a retirada da mama, a queda do cabelo e tal. É claro que a gente sente falta, que a gente chora, que a gente entristece. Isso é óbvio! Mas, não é um... eu não coloco como um fator principal da minha, da minha preocupação, não, sabe?** (Nélida, 2021, grifos próprios).

A qualificação como espiritual é entrecruzada com a perspectiva psíquica que pode demandar um cuidado dependente de outras intervenções ou ainda de efeitos que possam acrescentar mais sofrimento. O medo, então, é um sentimento que abre a porta para efeitos indesejáveis. Neste sentido, é a confiança, mesmo diante das dores, que atravessa as orientações para restabelecer a saúde no seguimento do protocolo médico. Um caráter racional na compreensão de etapas que demandam energia é acionado como um dever, ou melhor, hão de ser respeitadas as etapas e, por isso, o medo deverá ser "trabalhado". O enfrentamento não deixa de ser o reconhecimento da doença e de uma identificação como paciente oncológica que deverá ser respeitado, mais particularmente, diante dos efeitos do tratamento quimioterápico. Enfrentamento gerador de um sentimento de desistência tão logo mediado por uma justificação espiritual para garantir uma capacidade de suportar a debilitação do corpo. Ademais, uma experiência corporificada (Csordas, 2008) vai caracterizar um enfrentamento a fim de restabelecer a saúde para seguir as atividades mesmo considerando as transformações intrínsecas às relações que se constituem no apoio coletivo.

Portanto, há um exercício de fortalecimento que diz respeito a um trabalho que transforma o esquema psíquico (Kleinmann, 1998) e tem efeito na autoestima implicando um senso prático (Bourdieu, 2009) relacionado com múltiplas formas de constituir a corporeidade. Nisto, a rede de apoio em suas mediações faz entender o processo de subjetivação, diante do reconhecimento de uma luta permanente como paciente oncológica, na singularidade das atribuições sobre uma significância do significado da cura (Csordas, 2008). Então, a indeterminação de uma cultura somática explica as diferentes qualificações sobre as decisões, visto que as mediações dependem da trajetória de vida e das condições materiais de cada pessoa.

Entretanto, as representações da doença atravessadas pelas representações de feminilidade têm uma predominância de responsabilidade individual, conforme os relatos das colaboradoras desta pesquisa, disfarçadas de autonomia da paciente, nem sempre

agentes no processo. Neste sentido, as representações vão constranger mais ou menos a autoestima, efeito sociossomático que conectam emoções a normas e, uma vez que diz respeito aos sentidos atribuídos pelas mulheres sobre a feminilidade, é um modo moral de experiência (Kleinmann, 1998).

Não obstante, essa moral não implica um enquadramento em uma estrutura que demarca o lugar da feminilidade tal como pressupõe a normatividade heterossexual. A luta permanente se enquadra em um reconhecimento de um corpo que não prioriza as mamas, mas a cura. Tanto que o processo de encarnação compõe tantas interpelações que podemos entender o sentido do esquecimento expresso no relato de Elisa, como se segue. Houve uma reflexão em vistas da incorporação das orientações médicas e da dedicação do tempo necessário que, uma vez cumprido, fez com que as dores fossem esquecidas. Uma reflexividade parece acionar um atributo simbólico que se identifica com a feminilidade, como pode ser entendido ao dar o exemplo do parto.

E eu vou te falar, por exemplo, para colocar a prótese, é... o plano tem que liberar. E é tão burocrático! Eu passava o dia fazendo tele... ligação. Espera aprovar. Para não sei o que! Compra da prótese! A prótese chegou! Se a prótese não chegou! Então, tipo assim, se vai liberar para os dois peitos. Então, assim, **é tanto transtorno! E te ocupa tanto a cabeça com tanta burocracia, que você não tem tempo nem para ficar muito refletindo.** "Ai, será se eu faço? Será se eu não faço?". Tem hora... é mais assim: "Ai, que saco! Esse trem está demorando tanto que eu acho que eu vou largar para lá". Sabe? Porque assim, eu falo que tem coisa que é negativa, mas **até as coisas ruins a gente tem que olhar pelo lado bom.** Porque se não fosse tão burocrático e não estressasse a gente tanto, talvez a gente ficasse com a mente mais vazia; e aí, a gente ficasse mais disponível para os maus pensamentos [...] O organismo da gente... Eu fico observando. Porque, por exemplo, **eu fiquei quase dois anos indo em 15 em 15 dias lá na clínica do cirurgião plástico.** Então, eu vi plástica de tudo quanto é tipo. De plástica de silicone no bumbum. Tudo por vaidade! A pálpebra. Tudo! E aí, eu conversava muito com as mulheres e elas me mostravam: "Não, aqui, olha só eu fiz isso. Eu fiz isso". E aí, o antes e o depois. Tudo por vaidade. E aí, eu ficava assim: "Gente! Como que pode a mulher...". A mesma pessoa fez peito. Daí a pouco ela faz lipo. Daí a pouco ela faz glúteo. Daqui a pouco ela faz a pálpebra". Aí, eu... **hoje eu entendo, porque a pessoa esquece da dor. Porque é impressionante assim. Você esquece. Acho que é igual parto! Eu nunca tive filho, mas eu acho que o parto, ele é muito simbo... deve ser muito parecido na mulher. Ela... por exemplo, tem um parto normal dolorido, daí a pouco ela esquece a dor e tem outro filho. E eu vou te falar. É um negócio! Ele é meio místico! A gente esquece da dor.** E você lembra que você sentiu muita dor. Mas, aquela dor! Assim a dor, o processo de sentir dor, ele é um... ele é muito interessante. Ele é muito particular. A gente lembra que sentiu dor. Mas,

o viver a dor... é mais ou menos igual a quimio. O sentimento. Eu acho que Deus é muito perfeito nisso, não é? Igual assim, eu lembro quando eu estava com a minha estafa, o meu cansaço pós-quimio... era um negócio assim, eu passava o dia sentada, igual eu estou aqui assim, olha, só olhando da janela. Aí, levantava e ia para minha cama. É, tipo o organismo, ele é muito perfeito. Ele está segurando a energia ali. Quando você precisa ele te joga energia. Então, eu acho que o processo de sentir dor. Ele é muito... ele é muito interessante. Porque no momento que você sente é muito intenso. Mas, depois, você... você esquece! Você não é capaz mais de sentir aquela dor. Você lembra que você sentiu, mas você não consegue mais, não é? (Elisa, 2020, grifos próprios).

De outro modo, os sentimentos de Raquel expressam insatisfação sobre suas relações. Ainda que atribuindo um enfrentamento diante de um diagnóstico de metástase, já que relatou aceitar uma condição de paciente oncológica metastática e, por isso, "a cura a Deus pertence", Raquel não teve apoio na sua trajetória com a enfermidade. Confiante sobre sua formação religiosa e das práticas de orações, assim como na existência de milagres, o que disse da manutenção da fé e um sentimento de gratidão, o adoecimento não alterou a forma com que se relacionava com Deus.

Eu não fre..., eu não, eu não frequento a igreja, preguiça mesmo. E também agora, porque é muito longe. Mas, eu sou católica. Eu acho assim, **não só preguiça porque tipo assim, a minha ex-sogra**, ela era, ela ajudava na igreja lá, tipo quando o padre não estava, ela dava a missa. Eu esqueci o nome lá do que que é que ela era. Então... É ministra! Isso! Isso! Aí, tipo assim, **eu vi o tanto que ela falava bonito, aquelas coisas bonitas lá e depois, por de trás, ela falava tanto mal. E ela fez tanto mal para mim. Entendeu? Então, tipo assim, eu tomei, tipo, eu tomei trauma de padre ou de bispo ou de... do que for! Porque na sua frente é uma coisa.** Sabei daqui que, tipo assim, leu a Bíblia ali já é outra coisa. Então, eu já pensava assim, eu prefiro eu mesma ter a minha reza do meu jeito em casa, do que eu ir, ouvir eles falarem isso e aquilo outro e, depois, você virar as costas ali, junta mais uma boboquinha ali e está falando mal do povo. [...] Já vai na igreja, vai buscar a Deus! Tem, é, como que é? **Tem pastor que cura. Se curasse não tinha tanta gente doente. E não tinha tanta doença. Quem cura é Deus, não pastor. Me afeta muito. Não gosto. É uma parte que eu não gosto de tocar nela, por causa, porque eu acabo brigando.** Eu tenho, eu tenho uma prima mesmo, que ela é crente. Ela: "Raquel, eu vou orar para você, para que aí tudo dê certo. Raquel, eu vou aí na sua casa orar tem um, tem um, um...". Sei lá como que ela chama lá! "Que vai aí orar para você e tal". Eu [gagueja]. Eu nem respondo ela porque a paciência minha é pouca. Nem respondo! As minhas orações, eu mesma faço! Porque se tivesse, se tivesse, como é que chama? Pastor que curasse... "Ah! Já teve vários milagres". Eu sei que milagre, eu sei que existe sim! Mas, se você confia, certo? E depende também da onde vem essa, essas coisas. É tanto que você vê aí, é padre abusando de criança. Esses pastor também! Ahhh!

Pela. Me desculpa! Mas, é meu jeito de pensar! Hm! [irritada]. [...] Agora só porque eu adoeci eu vou caçar várias igrejas. Não! Isso eu acho, sinto muito! Mas não sei o seu pensar. Mas, o meu é isso! Isso é errado! Só porque eu adoeci agora, agora eu vou lembrar que Deus existe! Não é assim, não! Você tem que lembrar de Deus todos os dias. Se você está sã, saber agradecer. Está doente, saber pedir a Deus, saber agradecer também, porque muitas doenças, igual eu te falei, eu acredito muito nesse negócio de fé. Igual, igual eu estava, eu, eu, eu [gagueja]. É uma coisa que eu não esqueço nunca! Eu fiz tantos planos para no mesmo dia os planos 'tuhh' e água abaixo! Tipo assim, **você faz um plano, mas Deus já tem outro plano para você, não é?** (Raquel, 2021).

Por fim, seguindo a análise de Selgas (1994, p. 68), uma vida de significado está implicada em uma vida de espiritualidade; e é a salvação que vai representar uma transformação revelada em um duplo movimento que deu uma agência às condições carnis. Como afirmou, não há um corpo que não represente o seio da vida. Sendo assim, uma reconstrução da feminilidade significa um processo de encarnação no qual foi dado menor valor às mamas diante do "seio da vida" revelado na salvação que é a transformação devido à vivência com o câncer de mama.

### 3.3. Corpos mastectomizados: que feminilidades importam?

[...] não existe a interpretação definitiva; ou que o sentido de qualquer ação, incluídas as ações verbais, sempre depende do contexto prático em que se inscreve sua realização (Selgas, 1994, p. 53).

O movimento, não é? A vida é movimento! Você tem que pôr para movimentar (Cora, 2020).

Sendo a corporeidade o lugar de fusão dos dualismos instituídos na denominada modernidade, tratei o processo de encarnação como um reconhecimento dos atravessamentos da feminilidade de modo a reconstituir o *habitus*. Daí uma reconstrução da feminilidade. O processo de subjetivação no contexto da enfermidade foi analisado sob uma cultura somática que, de algum modo, implica (auto)reconhecer a identidade de paciente oncológica. Já a noção de justificação diz respeito aos procedimentos cirúrgicos e das interpelações intrínsecas às relações com uma rede de apoio que, de diferentes formas, se constituiu. Nestas interpelações, a capacidade crítica das mulheres vai de encontro com

justificativas que impõem um lugar sobre competências vinculadas às representações que são atravessadas por formas de identificação reconhecidas, tais como profissional da saúde, família, marido, fé, paciente. Dito isto, agenciamentos vão compor uma luta permanente que se mantém como a metáfora fundamental, conforme os relatos desta pesquisa, a caracterizar um caráter ainda bélico. Contudo, essa luta é um trabalho implicado em uma responsabilização individual, um cuidado de si, sempre tensionado diante do seguimento da enfermidade. Os relatos que se seguem expressam essa responsabilidade:

[...] eu via as pessoas com aqueles examezinhos debaixo do braço é como se elas estivessem de um lado e eu do outro. Aí, de repente eu fui para o lado delas. E aí, era eu que estava com os exames debaixo do braço. Porque o paciente oncológico e qualquer outro paciente de uma doença que tem que ser tratada, não é, a longo prazo. Ele precisa ter os seus portfólios. Então, eu passei a andar com os meus portfólios debaixo do braço. Não é? Os exames todos, porque eu era uma paciente oncológica. E eu, eu sempre tinha que ter tudo muito bem organizado, porque se eu precisasse ser levada rapidamente para um atendimento, para facilitar a vida da pessoa que ia me atender (Lygia, 2020).

[...] eu estou fazendo a pasta do terceiro diagnóstico. Aí, eu já fiz do primeiro. Fazendo primeiro, segundo e terceiro. Todos os exames. Está vendo? Aí, a gente vai acompanhando. Olha, cirurgia, biópsia, exame genético. Aí, eu estou montando. [...] Então, assim, então, já levo para todos os médicos já levo a pasta. Porque aí, eu não preciso ficar. E aí, eu tiro os laudos dos exames e coloco aqui. Aí, eu dato as pastinhas com as imagens. Aí, eu deixo. Já que eu não posso jogar fora. Aí, eu vou fazendo isso (Nélida, 2021).

Agora mesmo, amanhã é dia de eu pegar o resultado de alguns exames. Esse período é que a gente fica tensa, sabe? Todo, todo exame que você faz aí, você fala: "Ai, meu Deus. Como é que está?". É muito complicado, sabe? A gente nunca sabe o nosso amanhã. É difícil! (Adélia, 2020).

Você não sabe se você terminou! Esses dias eu falei para a oncologista, falei: "Moça, eu estou curada? Fale a verdade, como é que é isso! Eu estou curada?". Ela falou assim: "Cora, daqui 5 anos eu te respondo" [rindo]. "Você tem vários anos. Você está em uma guerra. Você tem várias armas. Embora saber agora como é que vai ser usar essas armas. Daqui cinco anos eu te falo". Falei: "Meu Deus! Cinco anos!". Falei: "É! Vamos embora! Então, paciência! O que, que eu posso fazer!" [rindo] (Cora, 2020).

A fronteira entre a saúde e a doença não se qualifica diante da expectativa da não recidiva, a não remissão, no que implicaria um novo tratamento, um processo de adoecimento a exigir novas condições sofríveis. O sofrimento vai representar esse

enfrentamento com a identificação como paciente oncológica expresso nos elementos psíquicos da paciência, a aceitação, a entrega, em suma, situações indeterminadas que não deixam de garantir a confiança na cura, tal como explicado neste excerto:

Se, por um lado, o discurso negativo da causalidade centraliza o sofrimento ao controle da pessoa que sofre, a cura representa, por outro, os aspectos do sofrimento que podem ser compartilhados e devem servir de modelo para a "experiência" de outras pessoas. Assim, a ideia de gravidade da doença torna-se fundamental por mediar o plano "intrapessoal" do sofrimento e o plano de "experiência" vivenciada socialmente (Rodrigues, Cardoso, 1998, p. 142).

A normatividade de um feminino universal está vinculada a um senso comum de imagem corporal, no caso estudado, particularmente, das mamas. Entretanto, as situações em que as mulheres são implicadas nas experiências com a enfermidade dão um senso de projeto corporal. A condição primordial é a subjetivação, no sentido de pensar a agência da mulher diagnosticada com o câncer de mama como dotada de capacidade de criar uma autonomia. Este trabalho de subjetivação se expressa nas condições de aceitação diante das decisões sobre as intervenções corporais.

Esta reflexividade se trata de um trabalho de subjetivação que se confirma em um processo que envolve múltiplas dimensões de si, emoções, afetos, pulsões, num jogo de desejos e angústias contraditórias, paradoxais. Um rearranjo que tem a autoestima como mais um processo e, por isso, não determinante de um aspecto, no caso, psíquico relativo à imagem. A constituição de uma rede de apoio, por exemplo, teve maior valor para a estima de si.

Portanto, uma ênfase de uma natureza corporal, uma dimensão natural do corpo, que se estabeleceu como uma competência para justificar certos comportamentos sociais e práticas biomédicas, como analisou Canguilhem (2011), demonstra uma formulação ideal de natureza. Em suma, pensar nas formas como o Moderno atribui uma natureza do masculino e do feminino, ou quaisquer outros tipos singulares, é entender um constructo relacional objetivado na noção de corporeidade, nos significados de práticas sociais em constante movimento de agentes com competências e capacidades diversificadas e contingentes e, de modo geral, na definição do que é vida.

De um paradigma naturalista para um construtivista, como discutido teoricamente nesta tese, seguido de uma intensificação do debate no horizonte da crítica ao objetivismo

pelo estruturalismo e as composições que geraram os efeitos do pós-estruturalismo, em destaque para a filosofia da linguagem, cabe a síntese de Susan Bordo (1992):

Pensadores pós-estruturalistas masculinos raramente creditam o papel do feminismo no campo e nada do que muitas feministas fazem. Foucault, ao que parece, descobriu a política do corpo. Eu deveria arguir que, em vez disso, a contribuição distinta do pensamento pós-estruturalista não é o reconhecimento do corpo como forma cultural e "local" de "poder disciplinar" (o feminismo descobriu isso), mas dois outros elementos. Em primeiro lugar, em suas manifestações mais foucaultianas, o pós-estruturalismo tem encorajado o reconhecimento do fato de que as configurações predominantes de poder, não importa o quão dominantes sejam, nunca são perfeitas, mas estão sempre gerando novas formas de subjetividade, novos contextos de resistência e transformação das relações existentes. Em segundo lugar, em suas manifestações mais derrideanas, o pós-estruturalismo nos encorajou a reconhecer que o corpo não é apenas materialmente aculturado (por exemplo, como se conforma com normas sociais e práticas habituais de "feminilidade" e "masculinidade"), mas também é mediado pela linguagem: por metáforas (por exemplo, micróbios como "invadindo", ovo como "esperando" por espermatozóides) e grades semânticas (por exemplo, oposições binárias como macho/fêmea, interior/exterior) que organizam e animam nossa percepção e experiência. Não importa como é dominante, inocente ou desconstruído os nossos corpos; em vez disso, estamos sempre "lendo" nossos corpos através de vários esquemas interpretativos" (Bordo, 1992, p. 167).

De diferentes modos, importa aqui as reflexões a respeito da subjetividade, uma vez que, questionada a separação corpo-mente, por exemplo, a inserção do discurso vai exigir novos paradigmas ou novas reconstituições teóricas. No estruturalismo, houve uma posicionalidade do texto em detrimento da ação, fundamental para interpretar relações e oposições estruturadas e estruturantes. Com o pós-estruturalismo, a estrutura é contingente e, portanto, necessária para o estabelecimento do sujeito, pois é nela que os sujeitos experienciam os limites ou os extrapolam conforme a demanda por reconhecimento. Assim, a ação passa a ser pensada como significante e as palavras deixam de se camuflar como representações, se constituindo no ser e no vir a ser, sendo a subjetividade uma qualidade num processo (Butler, 2019).

O que é negado é a universalidade do sujeito e, nesta esteira, a constituição de uma universalidade do feminino, de uma representação de feminilidade, e o potencial essencialismo nas justificações da reconstrução mamária. Por isso, a investigação sobre as justificações da/na Modernidade diante de práticas de resistência demonstrou o caráter

retórico das normas, no caso em estudo, atributivas à feminilidade. A noção de modernidade almejou fixar categorias explicativas, ou melhor, "descobrir" uma "natureza" humana, que acabou por instaurar a razão de "ser homem" e, mais tarde, de "ser mulher", sob os auspícios de uma "natureza" que, *a priori*, é representação (Lauretis, 1994).

A razão acabou por ser uma representação diante da potencial capacidade de enquadramentos por meio da linguagem, ou melhor, os discursos constituem um quadro ordenado de representações que têm capacidade de representarem a si mesmas. E as investigações sobre a feminilidade passaram pelos estabelecimentos da noção de "ser mulher" sob uma razão justificada nas funções de modo a garantirem o caráter "normal" da modernidade, ou seja, no interior deste quadro.

As transformações na subjetividade combinam representações culturais em processos coletivos que caracterizam modos particulares de experiência moral, no tempo e no espaço. Afinal, de algum modo há uma objetividade societária referenciada em uma racionalidade articulada a uma interdependência que faz com que o problema do reconhecimento seja um incontornável exercício socioantropológico.

Como afirmou o psiquiatra Arthur Kleinman (1998), as orientações para a prática clínica devem considerar a experiência moral, e isso demanda relacionar as questões políticas, no que entendeu que o trabalho clínico é um tipo de aplicação etnográfica, pois sendo a etnografia um modelo de engajamento moral, é uma prática humana que contribui na avaliação das questões intersubjetivas no reconhecimento da doença. Isto porque, como argumentou, o sofrimento deve ser identificado como social devido ao vínculo com uma desordem moral, mais especificamente advindos do discurso epidemiológico. O que importa é a experiência interpessoal, um estilo relacional de sofrimento, que está implicado nas relações com o corpo e com a morte. A fim de verificar, ainda, que a hipótese de "social" depende de condições resultantes de massivas transformações políticas, na economia ou culturais, tais como a pobreza, os aspectos psíquicos que acometem depressão, alcoolismo e outras drogas, as violências, o suicídio, as condições diversas do apoio familiar.

Importa analisar os condicionantes da precariedade validados sob categorias de identidade que, por isso, acometem de formas diferentes as pessoas. Afinal,

ser um corpo é estar exposto a uma modelagem e a uma forma social [...].  
O corpo está exposto a forças articuladas social e politicamente, bem

como a exigências de sociabilidade - incluindo a linguagem, o trabalho e o desejo - que tornam a subsistência e a prosperidade do corpo possíveis (Butler, 2016, p. 15-16).

Ainda é devido pensar na violência, inspirada nas reflexões de Butler a respeito das guerras contemporâneas, porque o câncer ainda tem sido atribuído como uma doença contra a qual seja preciso lutar como se estivesse numa batalha. Como apresentado anteriormente, a metáfora da guerra esteve intrínseca às políticas de saúde e movimentou campanhas no mundo todo. E mais, a considerar que, primordialmente, Butler (2016) intenta uma nova ontologia corporal, cabe para pensar em diferentes formas de luta, em diferentes guerras, uma vez que ela propõe "repensar a precariedade, a vulnerabilidade, a dor, a interdependência, a exposição, a subsistência corporal, o desejo, o trabalho e as reivindicações sobre a linguagem e o pertencimento social" (Butler, 2016, p. 15).

As mulheres que têm câncer de mama recebem orientações para as escolhas de procedimentos cirúrgicos não somente a respeito de condições fisiológicas, mas socioculturais. Pode-se explicitar identificações do corpo quando as referências se dão a respeito da idade, da conjugalidade, da maternidade. Com referência a Butler, refleti como as categorias de identidade são excedidas e ultrapassadas ao invés de repetir normas delimitadas para um reconhecimento que, não necessariamente, reconhece, no caso de uma ausência da visibilidade de corpos mastectomizados em contraposição à crescente fabricação de materiais que invisibilizam ou disfarçam a "falta" de uma ou das duas mamas. Qual a melhor maneira de organizar a vida e possibilitar alguma forma de reconhecimento? Como afirma Butler, "compreender o diferencial de poder existente que distingue entre os sujeitos que serão elegíveis para o reconhecimento e os que não o serão" (Butler, 2016, p. 199) pode contribuir para responder se há uma "identidade subjetiva" apoiada em aspectos biológicos da vida para se efetivar um reconhecimento intersubjetivo.

Quais as condições gerais na realização das intervenções corporais que, por vezes, vai resultar num corpo "feminino" sem mamas? De antemão afirmo que essas condições precedem o reconhecimento de corpos mastectomizados. Tais condições estão diretamente implicadas na constituição do corpo de mulheres ao longo da história da humanidade, especialmente, com o desenvolvimento dos saberes médicos. E pensando em um *a priori* histórico que apreendi os esquemas de inteligibilidade que condicionaram e produziram normas para os corpos das mulheres. Isto vai nos proporcionar entender que condições de

vida implicarão nos riscos de múltiplas cirurgias ou da impossibilidade destas intervenções, sejam por questões financeiras ou fisiológicas. Quando Butler (2015, p.38) remete a uma ontologia social, é preciso saber "se as condições sociais de sobrevivência e prosperidade são ou não possíveis". É nisso que se estenderá os imbrólios das decisões, sempre atribuídas às "pacientes", ainda que não apresentadas todas as possibilidades, sendo responsáveis pela própria vida no apoio necessário de condições que possibilitam uma vida vivível. Além de uma perspectiva individualista e antropocêntrica, o que tem sido debatido no que diz respeito aos cânceres são, além de condições sociais e políticas, as condições ambientais, comumente negligenciadas.

No entanto, há um "caleidoscópio de perspectiva" (Butler, 2006, p. 198) no qual as conversações, a intersubjetividade, acabam por acionar técnicas para efetivar esse reconhecimento. Deste modo, as normativas legais, por exemplo, devem intentar não reduzir nenhuma pessoa a uma essência. Daí que incursões epistemológicas sejam imprescindíveis para compreender o lastro cultural que firmou certos modos de pensar a feminilidade. Um lastro que, inevitavelmente, demandou uma criticidade a fim de "corrigir" o excesso de substancialização que comprometeu, e ainda compromete, práticas de solidariedade. Defendo que diferentes representações podem contribuir para formas de reconhecimento que não limite um único modo de existência. Uma representação universal de feminilidade se associa a uma ética violenta (Butler, 2015) quando exige uma forma para o corpo, mais especificamente sobre as intervenções nas mamas. Por isso, o debate sobre a feminilidade diz respeito à estima e à moralidade visando um entendimento sobre o que é ético para uma sociedade.

Ainda, um debate epistemológico sobre as subjetividades apresenta o descolamento de dimensões biológicas e a aproximação com as dimensões psíquicas no contexto interdisciplinar das ciências sociais com o campo médico (Kleinmann, 1998). O modelo biomédico, apoiado no desenvolvimento de tecnologias médicas, se constituiu como um regime de saber dualista na legitimação a respeito das intervenções corporais (Fox Keller; Grontkowski, 2004; Fausto-Sterling, 2001/2002; Harding, 1993). Quando o trabalho de Butler, "Problemas de Gênero", publicado originalmente em 1990, levantou a questão sobre as associações culturais sob essa dicotomia masculino e feminino, serem problemáticas às subjetividades, questionou até mesmo a perspectiva feminista diante do caráter relacional que corporificava o sujeito e o condenava à imanência (Butler, 2016, p.

34). Donna Haraway (1994) discutiu essa problemática sugerindo que era preciso debater o modo como se constituiu um aparato de produção corporal, uma vez que, assim como Butler apontou, os sexos são estabelecidos, ou seja, são legitimados sob um regime de saber dualista.

Por isso, a intervenção corporal representa um elemento crucial para analisar um universo sociocultural sintetizado em uma identificação que infere na atribuição de sentidos, na ordem das significações (Foucault, 2000b), em suma, nos aspectos qualitativos do que é denominado feminilidade. Uma perspectiva relacional rompeu com as crenças "objetivadas" pela Modernidade indicando que "jamais fomos modernos"<sup>4</sup>. Os significantes atributivos da agência humana, vias de articulações enunciativas que possibilitam descrever uma estrutura onde a mediação dos discursos nas dimensões teórica e empírica explicita jogos de enunciados, parecem fixar um *a priori* histórico de modo a camuflar palavras que são representações constitutivas do mundo (Foucault, 2000a; 2000b). Uma estrutura do reconhecimento dá a feminilidade um "lugar" historicamente atribuído, entretanto, não fixado, não substancial, não passível de universalização, ainda que intente enquadramentos.

Neste sentido é que a palavra feminilidade somente pode ser interpretada, logo, deslocada conforme acontecimentos, situações, ainda que consideremos um caráter construtivista na atribuição de enunciados que, logicamente, dão condições de verdade a um modo de existir. Quando Foucault se questionou como foram construídos arquétipos, mitos, referências etc. e o potencial de permanência, não se tratou de uma preocupação com o sentido, mas como o modo dos enunciados sucederem como práticas e formarem realidades discursivas são, em última instância, não somente realidades discursivas, mas a realidade mesma. Foi neste sentido que o escopo da noção de feminilidade ultrapassou um desejo de representação, porque seu "lugar" esteve em maior ou menor grau associado ao corpo como referencial normativo, mas os deslocamentos no processo de encarnação fizeram de um estado de alma, um novo esquema corporal (Bourdieu, 2009). Ou seja, de uma multiplicidade de processos de subjetivação; a transformação é efeito de encarnações.

Mesmo diante de normativas disponíveis, impositivas ou não, para a socialização de práticas sociais, há apresentações diversas de um "si mesmo" na articulação de enunciados. E toda enunciação articula signos. Tentar compreender a materialidade de

---

<sup>4</sup> Remetendo à crítica de Bruno Latour sobre a constituição da modernidade sob o título "Jamais fomos modernos", trabalho publicado em 1994.

dado enunciado se deu, no âmbito desta tese, por considerar a feminilidade uma unidade de sentido resultante de uma articulação de signos, como um predicado epistemológico. Uma ordem do discurso toma as identidades como demarcações do social com o objetivo de que as "certezas" empíricas sejam "identificadas" em uma construção lógica de cadeias de enunciados (Foucault, 2000a). No entanto, compondo com Foucault, ainda que seja possível imaginar uma forma para a origem, o primórdio, o arbitrário, há um *a priori* histórico não determinista, pois as regras são definidas para operar em um plano histórico, nas práticas, logo, são contingentes. Mas como tais práticas sociais acabam sendo "tratadas" como necessidades, têm como efeito os *a priori* como condição de verdade.

Isto posto, não é devido uma representação se tratar de uma condição de verdade, mas sim uma construção e, ao mesmo tempo, operação da linguagem. Sendo a representação de feminilidade um atributo discursivo, será possível dizer que a feminilidade pode contribuir para múltiplas representações ou sucumbiremos à manutenção de uma atribuição de feminilidade compatível com uma estrutura dualista há muito problematizada pela teoria feminista e pelos estudos sobre as relações de gênero? Afinal, como afirmou Sandra Harding,

[...] até que sejam mudadas nossas práticas dualistas (separação da experiência social em mental e manual, em abstrata e concreta, emocional e negadora das emoções), somos forçadas a pensar e a existir no interior da própria dicotomização que criticamos. Talvez seja possível trocar o pressuposto de que o natural é difícil de mudar e que o cultural é mais facilmente mutável, da mesma forma como separamos catástrofes ecológicas e tecnologias médicas, de um lado, e a história do sexismo, das classes e do racismo, de outro. No entanto, devemos persistir na distinção entre cultura e natureza, gênero e sexo (principalmente diante do refluxo do determinismo biológico), mesmo que, por experiência e análise, possamos perceber que são inseparáveis dos indivíduos e das culturas. As dicotomias são empiricamente falsas, mas não podemos descartá-las como irrelevantes enquanto elas permanecem estruturando nossas vidas e nossas consciências (Harding, 1993, p. 26).

Desenvolver uma capacidade para contrapor esses dualismos demanda uma ontologia social que acione a negação do desejo de uma representação que se apresenta como natureza. O processo de encarnação é histórico e, à luz das reflexões de Selgas (1994), distingue forma e significado proporcionando entender os aspectos materiais a que essas fronteiras supracitadas são justificadas para fazer funcionar um sistema de

oposições binárias [que] são formuladas pela exclusão de um campo de possibilidades disruptivas. [...] os binários, mesmo quando reconciliados, são parte de uma economia falocêntrica que produz o "feminino" como seu exterior constitutivo (Butler, 2019, p. 70).

Dito isto, uma inteligibilidade discursiva sobre as fronteiras empreendidas com estas oposições define o que deva ser excluído, porque se trata de uma constituição negativa para o próprio empreendimento em seu progresso. Sendo, historicamente, o feminino a exclusão constitutiva e admitindo uma recusa a sua inclusão nesta economia,

pode-se situar o feminino como a condição indizível da representação, como aquilo que, de fato, não pode nunca ser simbolizado conforme os termos da filosofia propriamente dita, mas cuja exclusão dessa propriedade é sua condição capacitadora (Butler, 2019, p. 73).

Por isso, o essencialismo biológico é uma estratégia retórica para enquadrar na estrutura social de reconhecimento os corpos como importam conforme sua posição, seu lugar, seu peso e tamanho, sob uma materialidade que pode ser deslocada, ou seja, ter "o efeito de repetir a origem apenas para deslocar essa origem de sua posição de origem" (Butler, 2019, p. 88). Se o essencialismo apregoa uma "origem", sendo deslocado, é "penetrado" no texto, e terá efeito na inteligibilidade do poder falocêntrico. Este poder se trata de uma ontologia que tem uma centralidade na "razão" instaurada no "masculino", de modo a promover formas de assujeitamento nas demais atribuições. E a feminilidade, sendo um outro que não um si-mesmo, segue essa lógica que nada mais significa uma descorporificação, um corpo desencarnado, ainda que corporifique uma racionalidade masculinizada. Daí Butler (Prins; Meijer, 2002) sugerir uma ontologia social, ao invés de uma ontologia do social que foi fruto da colonização; e é o feminismo que realiza uma luta conceitual e filosófica, além da preservação da vida, para pensar corpos em suas diferenças.

Em síntese, a incorporação dos aspectos de inscrição representacional enquadra pessoas na estrutura social. Deslocando, se pode inventar formas de trocas eróticas com as quais há reatravessamentos, penetração e exposição, por meio da imitação e da repetição, de modo a rejeitar a noção de sujeito auto-idêntico para um sujeito fluido, um sujeito de processo (Grosz, 1994). Advêm dessa perspectiva, um atravessamento para interpretar a feminilidade como enunciativa em processos de subjetivação que deslocam representações.

Assim, um processo de encarnação afeta uma estrutura de reconhecimento quando da recusa no enaltecimento de uma estética com enchimento. As transformações corporais, em vistas do desejo de se manter em vida e em movimento, serão intrínsecas a este processo que dessubstancializa as mamas como fundamento da plenitude para identificar um "ser mulher".

A produção de feminilidades no contexto do câncer de mama diz respeito às relações de gênero em um processo de desenvolvimento da corporeidade que considera *epistemes*, visões de mundo, misticismos, teologias, filosofias e ciências. Porém, situações críticas e um debate sobre estima e moralidade estiveram em jogo no reconhecimento do valor de um corpo diante do processo de adoecimento. É neste sentido que a materialidade do corpo diz respeito a impossibilidade de corpos se fixarem como objetos do pensamento, como desencarnados (Butler, 2019). Importam os corpos em abstrato ou os significados das construções de esquemas corporais? Os limites discursivos são restrições regulatórias na produção de esquemas de gênero que são reformulados conforme seus efeitos e, também, à materialidade do sexo. Sendo assim, ainda que diante de uma intervenção cirúrgica, no caso da mastectomia, pode haver um agenciamento da feminilidade nas práticas performativas, sejam técnicas cirúrgicas de reconstrução mamária, enchimento em roupas ou manter o peito plano. Não deixará de haver atravessamentos de feminilidades.

Significados de feminilidades atravessam os corpos, e um processo de subjetivação implica a vulnerabilidade, as disposições do corpo e as práticas sociais. Não pretendendo uma incursão psíquica, vale mencionar que, se a feminilidade foi como um enigma em um contexto de intensificação de um "mal-estar na cultura", houve uma conexão patológica que definia um "lugar" do particular, do relativo, do não-controle das coisas, em correspondência ao imprevisível e, no limite, do indizível. Em contraposição esteve o falo, o sujeito que busca a totalização, a universalidade e o domínio de coisas e pessoas.

Foi neste sentido específico que Freud nos disse que a feminilidade seria a fonte de uma experiência psíquica marcada pelo horror, justamente porque a sua emergência coloca em questão o autocentramento da subjetividade baseado no referencial fálico. Colocar pois o falo em estado de suspensão implicaria para a subjetividade uma experiência de perda de contornos e de certezas. Se o mundo se constitui para o eu, nas individualidades, pelo horizonte desenhado pelo falo e pelo narcisismo, a dissolução da ordem fálica coloca em questão as nossas crenças mais fundamentais. Por tudo isso mesmo, afinal de contas, a feminilidade seria

a fonte sempre recomeçada da experiência do horror (Birman, 1999, p. 11).

A feminilidade é, então, um significante que atravessa os corpos, implicada a divisão entre o sexual e o erótico. Sendo assim, como analisa Birman (1999), as experiências humanas estão implicadas em um trabalho relacional condicionado aos referenciais disponíveis, em um dispêndio de energia que faz da vida uma experiência singular e, por isso, dizer que a sexualidade em Freud não deve ser interpretada nos limites a referenciais masculinos e femininos, pois é polissêmica. Sob o atributo da complexidade, essa multiplicidade, na singularidade das experiências analíticas, compreende uma experiência intersubjetiva por excelência. E é neste âmbito que a ideia do erótico, para entender a feminilidade, reúne atributos que expressam vulnerabilidade, disposições corporais, para construir novas formas de sublimação. Para romper com a repetição de um estatuto da representação, Birman (1999) propõe a histericização como um modo de padecer da dor da feminilidade.

A feminilidade pode ser inscrita em um outro registro da sexualidade para transcender a diferença sexual e fazer entender a constituição do sujeito diante das pressões pulsionais que exigem trabalho, no sentido de uma existência que despende energia para uma satisfação nunca possível sem a presença e o trabalho do "outro". Se uma lógica fálica figurou esse dualismo masculino/feminino, uma hierarquia ontológica deve explicar as consequências psíquicas e socioculturais, daí a proposta de Birman para uma histericização em contraposição a uma erotização do desamparo, inscrita na concepção da falta do falo sobre a feminilidade. Ao que aciono, de modo similar, sobre a "falta" das mamas. Este erotismo que reduziu os atributos femininos como inferiores e, em muito, associado à resiliência, implica sofrimento diante dos limites de apresentação do corpo sob os atributos normativos binários. Pode uma sublimação implicar a ideia de um "outro corpo"?

Não existiria aí propriamente oposição entre o psíquico e o corporal, pois o fantasma seria a maneira pela qual o gozo e o desejo se modelam enquanto corpo. Contudo, não se pode esquecer que o corpo não é nem o somático nem tampouco o organismo, mas ultrapassa em muito o registro biológico da vida, sendo marcado pelas pulsões. Foi essa uma das descobertas fundamentais da psicanálise no que concerne ao erotismo. Nesta oposição tensa entre os registros do corpo e do organismo/somático pode-se perfeitamente depreender que, para se realizar, o erotismo pode se contrapor efetivamente à ordem da vida (Birman, 1999, p. 22-23).

Nisso consiste pensar o processo de subjetivação como um movimento temporal da matéria, um exercício que é trabalho e, por isso, implica transformações. Assim, se fundem materialidade e feminilidade, o que, como afirma Butler, remonta a reprodução, pois *mater, matrix*, útero, princípio originador para explicar a matéria (Butler, 2019, p. 61-62).

Aquilo que importa acerca de um objeto é sua matéria. [...] o objeto não só é transformado, mas, em algum sentido significativo, o objeto é a própria atividade transformadora; além disso, sua materialidade se estabelece por meio desse movimento temporal de um estado anterior a um estado ulterior (Butler, 2019, p. 62).

Uma matriz de gênero está em ação na constituição da materialidade, logo, o significado de alguma coisa, sua importância, está na materialidade, pois materializar é ao mesmo tempo significar. Logo, os "corpos que importam" estão implicados na materialização de sua própria inteligibilidade (Butler, 2019, p. 63-64). Se a feminilidade, hoje, é regulada de acordo com um conjunto de técnicas biopolíticas destinado a controlar a reprodução da população nacional em termos higiênicos e eugênicos (Preciado, 2018, p. 182-183), noções de classe, raça, sexualidade, doença e incapacidade, estarão pautadas nos interesses masculinistas na manutenção da inferioridade e da exploração de corpos femininizados resultante de uma hierarquização constitutiva dos dualismos que estruturam as nossas consciências (Harding, 1993).

Então, o exemplo da arte produzida por Audre Lorde, entrelaçando erotismo, amor e violência, promove compreender as linhas na "tapeçaria da vida", "amarradas" à sua experiência com a mastectomia. Lorde conectou uma contínua luta como mulher negra lésbica mãe professora ativista, como assim se apresentava, sobre a prática clínica, o tratamento convencional, as informações sexistas e a moralidade que envolviam o corpo mastectomizado. Afinal, como disse Valéria Lima (2020), a obra de Lorde é um constructo ético que tem seu significado primordial no aforisma: "sinto, logo posso ser livre". Sendo assim, a identidade e o reconhecimento do corpo mastectomizado da mulher negra lésbica serão questões centrais para refletir a forma de superação e sobrevivência de uma "guerreira" que não encontrou uma representação naquela "guerra contra o câncer".

De tantos silenciamentos nas relações, a doença impulsiona um aprendizado a respeito do cuidado de si que, por vezes, só é reconhecido no "corte" da comunicação. O

abandono, por exemplo, é, em muito, divulgado, porque historicizado no âmbito dos corpos abjetos, inúteis, sequelados, incapazes.

O que representamos e como o representamos prefiguram o que faremos, ou não, para intervir. O que não é retratado não é real. Grande parte da miséria rotineira é invisível; muito do que se torna visível não é comum ou rotineiro. O próprio ato de retratar distorce a experiência social na mídia popular e nas profissões sob a marca da ideologia e da economia política. Assim implicado, até mesmo o "testemunho" pessoal fica comprometido. Estamos vivendo uma grande transformação histórica na imagem e, portanto, talvez também na experiência, da adversidade social. [...] enquanto a experiência é moldada por representações, ela também pode empurrar contra essas representações — a linguagem resistente, dobrando-a em novas direções e distorcendo as formas recebidas de expressar angústia e desespero, de modo que essas distorções transformem a experiência do sofrimento (Kleinman, Lock, Das, 1997, p. xii-xiv).

De modo geral, as representações da doença somente são alteradas com o desenvolvimento das análises científicas e de tecnologias aplicadas à cura. O corpo representado ao êxtase da cura, ora normal, ora patológico, ainda impulsiona demarcações passíveis de separações vitais e mortais. A vida e a morte estão enquadradas em corpos-protocolo. E o protocolo para o tratamento do câncer de mama está, de certo modo, bem estabelecido particularmente com a histoquímica, a punção do material da glândula para biópsia, e a definição do tratamento. Diferentemente de uma perspectiva protocolar — ainda que sob a convenção que tem sido a prevenção, um tanto incorporada — receber um diagnóstico, e adoecer, vai de encontro com rupturas que vão se deparar com limites discursivos diante das justificações morais atribuídas para os cuidados no tratamento, assim como à decisão dos tipos de intervenções cirúrgicas implicadas, hegemonicamente, em uma noção de feminilidade.

Há um regime de moral que tem a feminilidade como atravessadora em um processo em que a experiência com a doença terá uma atribuição individualista. As mulheres continuam cuidadoras, com medo do abandono do marido, um medo da ausência da mãe aos filhos, ocupadas com a maternagem. A alteração da mama de forma conservadora ou radical está mediada por valores encarnados em uma estrutura social generificada na qual o peito sem mamas é irrepresentável. Outras feminilidades se apresentam em detrimento de uma imagem corporal do corpo mastectomizado. Se seguem

enquadramentos que tendem a um empreendimento de si de modo a responsabilizar as mulheres sobre uma detecção precoce mas, sem efeito nas estimativas de câncer de mama, aumentadas a cada ano.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A vida, como afetividade, não pode ser objetivada. Dor, angústia, desejo, amor, sofrimento não são visíveis. Eles se experimentam no escuro. A vida, a afetividade são reveladas apenas na própria subjetividade, ou seja, em uma experiência vivida que permanece, para sempre, uma experiência singular e única. Como a vida só pode se manifestar na individualidade radical, não pode haver sujeito coletivo, não mais do que sujeito social. Essa individualidade se deve à corporeidade mesma. Não há vida sem um corpo para experimentá-la. Sem sentimento, sem afetividade, sem amor, sem um corpo para senti-los em si mesmo. Encarnação é o *sinequa non* da vida: imanência absoluta da vida que se revela para si mesma (Dejours, 2019, p. 154).

Um atravessamento do/no corpo encarna sensações significantes na trajetória de vida (de)marcada pelo câncer. Assim, feminilidades são efeitos de afetos e são reconstruídas com a encarnação de outras práticas de si, por vezes performadas. A noção de feminilidade é sentida na interpretação de trajetórias de vida singulares não restritas aos atributos ditos estéticos, ou a uma identidade atribuída ao feminino, ou ainda à categoria mulher. Se as imagens produzidas sobre o feminino parecem vinculadas às representações socioculturais, historicamente, justificadas, cada colaboradora desta pesquisa demonstrou uma capacidade de falar sobre seu "corpo próprio", salvaguardadas as relações intersubjetivas que implicaram ressignificações que deslocou a representação hegemônica de feminilidade, atributiva de um peito com enchimento. As incorporações, apropriações, conforme as orientações médico-hospitalares-terapêuticas, vão encarnar sentidos além-corpo. Além das identificações em movimento que, em muito, farão do "corpo próprio" uma "revelação" de um "outro corpo", logo, uma "outra feminilidade", há uma reconstrução de si mesma, ainda que associações normativas se façam.

Entendi que cada experiência é um relato que expressa uma capacidade analítica sobre a própria história de vida em correspondência a um processo de subjetivação que não deixa de se fazer mesmo no momento do compartilhamento da experiência. O que me

importou foi pensar que o processo de subjetivação não se limitava a uma relação entre imagem corporal e feminilidade para validar uma representação social. Mesmo que seja dada importância para uma delimitação da imagem corporal, um caráter biopsicossocial, pretendido em boa parte das discussões dos estudos revisados para a tese, exige a avaliação das mediações vivenciadas pela pessoa, porque é imprescindível saber sobre os vínculos comprometidos no processo de tratamento acerca dos cuidados definidos em protocolos médicos e sugeridos à mulher diagnosticada com câncer de mama.

Daí ser a noção de feminilidade atravessadora a fim de contrapor a retórica que atribui a reconstrução mamária com inserção de enchimento como imprescindível para assegurar a autoestima. A feminilidade não é uma qualidade que afeta individualmente, nem mesmo identitariamente os corpos, mas sim, é materializada em representações que servem para dar valor aos modos de pensar, usar, controlar e/ou intervir nos corpos. Logo, uma estima social que, de um modo generalista, diz respeito a toda intervenção corporal, pois é intersubjetiva, esteve implicada em situações relacionais, sendo que a feminilidade teve determinado valor conforme os vínculos relatados pelas mulheres colaboradoras desta pesquisa.

Neste sentido, as experiências com o câncer de mama dão visibilidade às singularidades existenciais que, em muito, suspendem a substância que a feminilidade condiciona de forma identitária visando fixar uma forma de ser. Afinal, experiência é o que os indivíduos têm e, por meio da experiência do que é observado, percebido, há uma autonomia para relatar a si mesma. Portanto, dizer do que se é consciente se vincula a sentimentos e pensamentos que dão ao testemunho subjetivo um caráter autêntico e verdadeiro. Todavia, a categoria "experiência" teve limites de interpretação e, por vezes, foi suspensa a necessidade de tal. Até porque a experiência humana é trabalho, é dispêndio de energia individual sob uma dimensão social dos comportamentos culturalmente expressos.

Assim, a partir da premissa de um atravessamento da feminilidade, as formas de organização de uma cultura somática estão implicadas nas experiências vividas e as práticas relatadas devem ser interpretadas como corpos em ação. A singularidade da experiência acontece no atravessamento de múltiplas inteligibilidades. No caso, a feminilidade é a inteligibilidade que vai transformar a apreensão de "si mesma". Relatar a própria experiência é inerente às expressões de um tempo, de um momento e de um espaço

que é social. As posições que são ocupadas, conforme a sucessão de acontecimentos e da "apresentação de si", são compostas em uma "produção de si" imbuída de representações mais ou menos conscientes, por vezes, até mesmo, esquecidas. Por isso, é a experiência com o câncer de mama um sofrimento social, porque há um engajamento no curso dos processos morais, e envolvem relacionamentos, exige projeto, e tem a sobrevivência como um imperativo ético indeterminado.

A hipótese de "social" é dependente de condições resultantes de massivas transformações políticas, na economia e culturais, inseparáveis dos aspectos psíquicos, daí, uma experiência moral que possui uma genealogia e uma localidade. As singularidades nas experiências com a enfermidade se tratam das diferentes condições humanas em situações nas quais as transformações estão implicadas com valores, materializados ou não. Por isso é sugerido para profissionais da medicina um engajamento moral no trabalho clínico, demandadas questões políticas. Uma experiência moral, localizada no corpo, no caso da enfermidade nas mamas, está implicada em um sofrimento social com atravessamentos de representações de uma feminilidade hegemônica.

Cada relato teve uma singularidade que expressou a complexidade nas experiências das mulheres em processos de reconhecimento das diferentes condições vivenciadas a partir do diagnóstico no que "localizei" a feminilidade. Essa ideia é similar ao que Arthur Kleinman, Margaret Lock e Veena Das (1997) afirmaram sobre uma "biologia local" transcender o sofrimento, o que inspira ainda a pensar a feminilidade como uma transcendência que se localiza intersubjetivamente. Neste âmbito, a autoestima compõe representações culturais que caracterizam uma experiência moral. Afinal, há uma produção de discursos médicos, morais e políticos, que conjugam avaliações que tendem a padronizar as práticas individuais e, assim, firmar uma lacuna entre representação e responsabilidade no "diagnóstico" do dilema moral do sofrimento (Kleinman; Lock; Das, 1997).

Dito isto, a corporeidade foi uma categoria que contribuiu para analisar as experiências corporificadas e a constituição intersubjetiva, que é efeito das autoatribuições sobre representações de feminilidade. A permanência de uma perspectiva de luta se trata de uma encarnação, ou seja, de uma experiência corporificada que não determina sensações, já que os sentimentos passam por transformações e, até mesmo, são esquecidos, como relatados por Carolina, Elisa, Cora e Carla. De outro modo, dizer de um sofrimento social é

entender que uma responsabilização individual acaba por constranger a paciente oncológica, como se dá na invisibilidade sobre a queda dos cabelos apoiada em orientações não somente protetivas diante da sensibilidade do couro cabeludo, mas sobre a imagem corporal. Como se a felicidade devesse ser expressada por meio da apresentação de uma feminilidade para otimizar a "batalha". Se apropriar de uma nova imagem corporal parece garantir uma ressignificação da vida. Entretanto, a feminilidade somente tem significância no movimento mesmo da vida e nas relações com a enfermidade que vão implicar situações ora de agência, ora de paciência, na lide com o adoecer, os sofrimentos e a saúde praticada.

## REFERÊNCIAS

ADELMAN, Miriam. **A voz e a escuta**: encontros e desencontros entre a teoria feminista e a sociologia contemporânea. 2ª edição. São Paulo: Blucher, 2016.

AHMED, Sara. Autocuidado com um ato político. Tradução: Larissa Brainer. **Medium**, 18 mar. 2018. Disponível em: <https://medium.com/@larissabrainner/autocuidado-como-ato-pol%C3%ADtico-1048279ec20e>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2021.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

ANGIER, Natalie. **Mulher**: uma geografia íntima. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ANTONIO, Daliana Cristina de Lima; COSTA, Micaelly Fonseca da; FREITAS Maria Luísa Alves. Das orientações sobre a subjetividade da mulher no contexto do câncer de mama: uma revisão narrativa. **Anais I Seminário Efeitos de Gênero**: Interseccionalidades e práticas de resistência. Universidade Estadual de Montes Claros, 27-28 nov. 2019, p. 112-125. Disponível em: <https://efeitosdegenero.wixsite.com/sege/anais>

ANTONIO, Daliana Cristina de Lima. Abjeção do corpo mastectomizado: politização da feminilidade no ativismo *go flat*. In: **IV Encontro Nacional do GT Estudos de Gênero - ANPUH - Espaços e caminhos dos Feminismos: História, diversidade e resistências**. Marília: Unesp, 2020. Disponível em: <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/publicacao.asp?codTrabalho=MzQ1ODY=>

ANTONIO, Daliana Cristina de Lima. A mastectomia da guerreira Zami: autodefinição e sobrevivência no diário de Audre Lorde. **Anais do 20º Congresso Brasileiro de Sociologia. CP15 — Comitê de Pesquisa Gênero e Sexualidades**, Belém, UFPA, 12 a 17 de julho de 2021.

ARENDT, Hannah. Ação. In: **A condição humana**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

AURELIANO, Waleska. Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB). [dissertação de mestrado] **Programa de Pós-Graduação em Sociologia**, Universidade Federal de Campina Grande, 2006. Disponível em: <http://www.antropologia.com.br/divu/colab/d34-waureliano.pdf>. Acesso em março de 2017.

AURELIANO, Waleska. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Estudos Feministas**, v.17, n.1, jan./abr., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a04v17n1.pdf>. Acesso em julho de 2017.

AURELIANO, Waleska. Da palavra indizível ao corpo revelado. Narrativas imagéticas sobre o câncer de mama. In: **Etnografias visuais: análises contemporâneas**. Rio de Janeiro: Garamond, 2015.

BATAILLE, G. **A experiência interior**. Seguida de Método de Meditação e Postscriptum 1953. Suma teológica - v. I. 1ª reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BOLTANSKI, Luc. **El amor y la Justicia como competencias: tres ensayos de sociología de la acción**. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2000.

BOLTANSKI, Luc; CHIAPELLO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

BORDO, Susan. Postmodern Subjects, Postmodern Bodies. **Feminist Studies**, v. 18, n. 1, 1992.

BOURDIEU, Pierre. **O Senso Prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

BOURDIEU, Pierre. A ilusão biográfica. In: **Razões práticas**. 9ª ed. Campinas: Papirus, 2008.

BRASIL. Decreto nº 1.915, de 19 de dezembro de 1894. Crea um Laboratorio de microscopia clinica e bacteriologia, para o serviço sanitario do Exercito. **Coleção de Leis do Brasil** - 1894, Página 1077 Vol. 2 pt II.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: xx Brasília, DF, ano 1990, 19 setembro.

BRASIL. Lei nº 9.797, de 07 de maio de 1999. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 1999, n. 86, p. 1, 7 maio. 1999. Dossiê do PL 3.769/1997; Parecer da Comissão de Direitos da Mulher; PL 7.720/2017; PL 2.113/2019.

BRASIL. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2008, p. 1, 30 abril. 2008.

BRASIL. Lei nº 12.802, de 25 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797. Possibilita a reconstrução no mesmo tempo da cirurgia. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2013, p. 2, 25 abril. 2013.

BRASIL. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Altera as leis nº 9.797 e 9.656. Estabelece que a cirurgia plástica reparadora abrangerá as duas mamas. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, ano 2018, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 5, de 18 de abril de 2019. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Projeto de Lei nº 2.113, de 09 de abril de 2019. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre cirurgia plástica de reconstrução mamária em pacientes que sofreram mutilação de mama decorrente de tratamento de câncer. **Diário do Senado Federal**: Brasília, DF, 2019b.

BRASIL. Lei nº 14.538, de 31 de março de 2023. Altera as Leis nºs 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para assegurar às pacientes a substituição do implante mamário utilizado na reconstrução mamária ou na simetrização da mama contralateral sempre que ocorrerem complicações ou efeitos adversos a ele relacionados, bem como assegurar às pacientes acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado na hipótese que especifica. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 2023, p. 1, 3 abril. 2023.

BRASIL. Lei nº 14.335, de 10 de maio de 2022. Altera a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, para dispor sobre a atenção integral à mulher na prevenção dos cânceres do colo uterino, de mama e colorretal. **Diário Oficial da União**: seção x, Brasília, DF, ano 2022, p. x, 11 maio. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil (Plano de Dant), 2021-2030 [recurso eletrônico] Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_enfrentamento\\_doencas\\_cronicas\\_agravos\\_2021\\_2030.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf) Acessado em: dezembro de 2022.

BROWNMILLER, Susan. **Femininity**. New York: Open Road, 2013.

BUTLER, Judith. Introducción, El anhelo de reconocimiento? Puede hablar el “Outro” de la filosofía? In: **Deshacer el género**. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 2006.

BUTLER, Judith. **Relatar a si Mesmo**: crítica da violência ética. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016a.

BUTLER, Judith. O não pensamento em nome da normatividade. In: **Quadros de guerra**. Quando a vida é passível de luto? 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016b.

BUTLER, Judith. **Corpos que importam**: os limites discursivos do “sexo”. São Paulo: n-1 edições/Crocodilo, 2019.

- CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.
- COURTINE, Jean-Jacques. Introdução. In: CORBIN, A.; COURTINE, J-J.; VIGARELLO, G. (dir.). **História do Corpo, v. 3** - As mutações do olhar: O século XX. 4a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.
- CSORDAS, Thomas. **Corpo/Significado/Cura**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.
- CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. rev. e amp. Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas (orgs.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.
- DETREZ, Christine. **La construction sociale du corps**. Paris: Éditions du Seuil, 2002.
- DEWES, João Osvaldo. Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling: uma descrição dos métodos. [monografia] **Universidade Estadual do Rio Grande do Sul**, 2013.
- DOSSE, François. **O império do sentido: a humanização das Ciências Humanas**. Bauru, SP: EDUSC, 2003.
- DUBET, François. **Sociologie de l'expérience**. Madrid: Editorial Complutense, Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), 2010.
- DURÁN, María Ángeles. **Los costes invisibles de la enfermedad**. 2a ed. Bilbao: Fundación BBVA, 2002.
- EHRENREICH, Barbara. Welcome to Cancerland. **Harper's Magazine**, nov. 2001. Disponível em: <https://harpers.org/archive/2001/11/welcome-to-cancerland/>. Acessado em: 14 de fevereiro de 2019.
- FARNSWORTH, Laura. Rejecting Stigma — Embracing 'Living Flat': Motivations for Resisting Breast Reconstruction and Prosthetic Breasts After Mastectomy. [thesis] **Art (Sociology)**, Concordia University, Canada, 2019.
- FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismo em duelo. **Cadernos Pagu**, n. 17/18, 2001/2002.
- FEATHERSTONE, Mike; HEPWORTH, Mike; TURNER, Bryan S. (eds.) **The Body: social process and cultural theory**. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage, 1991.
- FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; CAVALCANTI, Pacífica Pinheiro. Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. **Rev. Bras. Enferm.**, n. 57, n. 1, jan./fev., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a06v57n1.pdf>. Acessado em: 30 de março de 2019.

FERREIRA, Simone Mara de Araújo; GOZZO, Thais de Oliveira; PANOBIANCO, Marislei Sanches; SANTOS, Manoel Antônio dos; ALMEIDA, Ana Maria de. Barreiras na inclusão da sexualidade no cuidado de enfermagem de mulheres com câncer ginecológico e mamário: perspectiva das profissionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 23, n. 1, jan./fev., 2015. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-11692015000100082&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692015000100082&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 30 de março de 2019.

FERREIRA, Vítor Sérgio. Resgates sociológicos do corpo: esboço de um percurso conceptual. **Análise Social** – Revista do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa, n. 208, XLVIII (3º), 2013.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. A vontade de saber (v. 1). 13ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000a.

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2000b.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade**. O cuidado de si (v. 3). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FOX KELLER, Evelyn; GRONTKOWSKI, Christine R. The Mind's Eye. In: **Discovering Reality: feminist perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology, and Philosophy of Science**. Sandra Harding; Merrill B. Hintikka (eds.). New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic Publishers, 2004.

FUNGHETTO, Sinvalana Schwerez; TERRA, Marlene Gomes; WOLFF, Leila Regina. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 5, set./out., 2003. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-71672003000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672003000500012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 30 de março de 2019.

GAULEJAC, Vincent de; MÁRQUEZ, Susana Rodriguez; RUIZ, Elvia Taracena. **Historia de Vida: Psicoanálisis y Sociología Clínica**. México : Universidad Autónoma de Querétaro, 2005.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 13ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015.

GOMES, Romeu; SKABA, Márcia Marília Vargas Fróes; VIEIRA, Roberto José da Silva. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, jan./fev., 2002. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/364/2/Reinventando%20a%20vida\\_proposta%20para%20uma%20abordagem.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/364/2/Reinventando%20a%20vida_proposta%20para%20uma%20abordagem.pdf). Acessado em: 30 de março de 2019.

GONÇALVES, Carolina de Oliveira; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes; CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; CABELLO, César. Validation of the instrument "Body image after breast cancer" in Brazil. **Motriz**, Rio Claro, v. 20, n. 1, jan./mar. 2014. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1980-65742014000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1980-65742014000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=en). Acessado em: 30 de março de 2019.

GONÇALVES, Carolina de Oliveira; TAVARES, Maria da Consolação Gomes Cunha Fernandes; CAMPANA, Angela Nogueira Neves Betanho; CABELLO, César; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Instrumentos para avaliar a imagem corporal de mulheres com câncer de mama. **Psicologia: teoria e prática**, v. 14, n. 2, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n2/v14n2a04.pdf>. Acessado em: 30 de março de 2019.

GROSZ, Elizabeth. **Volatile bodies**: toward a corporeal feminism. Bloomington, Indianapolis: Indiana University Press, 1994.

HABERMAS, Jürgen. **Verdade e justificação**: ensaios filosóficos. São Paulo: Loyola, 2004.

HABERMAS, Jürgen. **Consciência Moral e Agir Comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

HARAWAY, Donna. Um manifesto para os cyborgs: ciência, tecnologia e feminismo socialista na década de 80. In: **Tendências e Impasses – O feminismo como crítica da cultura**. Heloísa Buarque de Hollanda (org.). Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. **Estudos Feministas**, v. 7, n. 1, 1993.

HRDY, Sarah Blaffer. Parte I. *In*: **Mãe Natureza**: uma visão feminina da evolução. Maternidade, filhos e seleção natural. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

KING, Helen. **Hippocrates' Woman**: reading the female body in ancient greece. London; New York: Routledge, 1998.

KLEINMAN, Arthur. Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder. Stanford University: The Tanner Lectures on Human Values, 1998.

LAQUEUR, Thomas Walter. **Inventando o sexo**: corpo e gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

LATOUR, Bruno. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. In NUNES, João Arriscado e ROQUE, Ricardo (orgs.). **Objectos impuros**. Experiências em estudos sociais da ciência. Porto: Edições Afrontamento, 2007.

LATOUR, Bruno. **Jamais fomos modernos**. São Paulo: Editora 34, 1994.

- LAURETIS, Teresa de. A tecnologia do gênero. In: **Tendências e Impasses – O feminismo como crítica da cultura**. Heloísa Buarque de Hollanda (org.). Rio de Janeiro: Rocco, 1994.
- LE BRETON, David. **A sociologia do corpo**. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.
- LERNER, Barron H. **The Breast Cancer Wars: fear, hope, and the pursuit of a cure in twentieth-century America**. New York: Oxford University Press, 2001.
- LORDE, Audre. **Los diarios del cáncer**. Rosario: Hipólita Ediciones, 2008.
- LORDE, Audre. Uma explosão de luz: vivendo com câncer. In: **Sou sua irmã – Escritos reunidos e inéditos**. São Paulo: Ubu, 2020.
- MEAD, George. **Mente, self e sociedade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.
- MIGOWSKI, Arn *et al.* Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil: II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-16, 2018.
- MONTEIRO, Denise Leite Maia; TRAJANO, Alexandre José Baptista; MENEZES, Daniela Contage Siccardi; SILVEIRA, Norma Luiza Machado; MAGALHÃES, Alessandra Caputo; MIRANDA, Fátima Regina Dias de; CALDAS, Barbara. Câncer de mama na gravidez e quimioterapia: revisão sistemática. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 59, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8849>. Acessado em: 30 de março de 2019.
- MORRIS, Desmond. **The naked woman: a study of the female body**. New York: Thomas Dunne Books; St. Martin's Griffin Press, 2004.
- MOURA, Fernanda Maria de Jesus de Pires; SILVA, Michelly Gomes da; OLIVEIRA, Suziane Carvalho de; MOURA, Lara de Jesus Sousa Pires de. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc Anna Nery**, v. 14, n. 3, jul-set, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-81452010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452010000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt). Acessado em: 30 de março de 2019.
- MUKHERJEE, Siddhartha. **O imperador de todos os males: uma biografia do câncer**. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.
- PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. **Estudos Feministas**, ano 10, 1º semestre, 2002.
- INCA. "Novos construtores de autoestima". Revista REDE Câncer, n. 27, set. 2014, Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/revistas/rede-cancer-no-27> Consultado em: 19 de outubro de 2020.
- RICOUER, Paul. **O si-mesmo como outro**. São Paulo: Editora WWF Martins Fontes, 2014.

- RICOUER, Paul. **Percurso do reconhecimento**. São Paulo: Loyola, 2006.
- RODRIGUES, Nubia; CAROSO, Carlos Alberto Caroso. Idéia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias; LEAL, Ondina Fachel (orgs.). **Doença, Sofrimento, Perturbação**: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy, LOCK, Margaret M. The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 1, n. 1, mar., 1987.
- SCHIEBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Bauru, SP: EDUSC, 2001.
- SCHIEBINGER, Londa. Mamíferos, primatologia e sexologia. In: Roy Porter; Mikulás Teich (orgs.). **Conhecimento sexual, ciência sexual**: a história das atitudes em relação à sexualidade. São Paulo: Edunesp, 1998.
- SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. **Proj. História**, n. 16, fev., 1998.
- SELGAS, Fernando J. García. El "cuerpo" como base del sentido de la acción. **Reis**, n. 68, 1994.
- SÉVIGNY, Robert. Abordagem clínica nas ciências humanas. In: José Newton Garcia de Araújo, Teresa Cristina Carreteiro (orgs.). **Cenários sociais e abordagem clínica**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.
- SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- SULIK, Gayle. **Pink Ribbon Blues**. How Breast Cancer Culture Undermines Women's Health. New York: Oxford University Press, 2011.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio; FONSECA, Cristina Oliveira. **De doença desconhecida a problema de saúde pública**: o INCA e o controle do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio; PORTO, Marco Antonio; NORONHA, Claudio Pompeiano. **O câncer no Brasil**: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras. 2012.
- TEIXEIRA, Luiz Antonio; ARAÚJO NETO, Luiz Alves. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi. Ciências Humanas**, v. 12, n. 1, jan.-abr., 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>
- TEIXEIRA, Luiz Antonio. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 29, n. 3, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>

VÁSQUEZ, Celmira Laza. El Movimiento social del cáncer de mama como dispositivo neoliberal. **Estudios Feministas**, v. 25, n. 3, set./dez., 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n3/1806-9584-ref-25-03-01347.pdf>. Acessado em: 30 de março de 2019.

VIEIRA, Carolina Pasquote; QUEIROZ, Marcos de Souza. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e contexto institucional. **Revista Psicologia e Sociedade**, v.18, n.1, jan./abr., 2006. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/3093/309326332009.pdf>. Acesso em março de 2017.

VIEIRA, Roberto José da Silva; GOMES, Romeu; TRAJANO, Alexandre José Baptista. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, 2005. Disponível em: [https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n\\_51/v02/pdf/artigo1.pdf](https://rbc.inca.gov.br/site/arquivos/n_51/v02/pdf/artigo1.pdf). Acessado em: 30 de março de 2019.

VIGARELLO, Georges. **O sentimento de si**: história da percepção do corpo. Rio de Janeiro: Vozes, 2016.

WEGENSTEIN, Bernadette. Agatha's breasts on a plate: "ugliness" as resistance and queerness. In: Sara Rodrigues; Ela Przybylo (eds.). **On the politics of ugliness**. Palgrave Macmillan [ebook], 2018.

YALOM, Marilyn. **História do Seio**. Lisboa: Teorema, 1998.

YOUNG, Iris Marion. Breasted Experience: the look and the feeling. In: **On Female Body Experience**: "throwing like a girl" and other essays. New York: Oxford University Press, 2005.

YOUNG, Íris Marion. Corpo Vivido vs. Gênero: Reflexões sobre Estrutura Social e Subjetividade. **Revista labrys**, estudos feministas, número 3, janeiro/julho 2003. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys3/web/bras/young1.htm>. Consultado em 12 de dezembro de 2018.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A — Instrumento de coleta de dados

### Instrumento de coleta de dados

Serão realizadas entrevistas individuais em profundidade com dez (10) mulheres que foram acometidas pelo câncer de mama. A seleção será feita a partir do contato prévio com mulheres que tiveram este câncer e que foram mastectomizadas. Será utilizada a técnica denominada "bola de neve" que se trata de indicação da entrevistada inicial para outras mulheres.

Como o contexto da pesquisa é o câncer de mama, sugere-se que haja uma dialética da experiência intrínseca à história de vida conforme orientado por Gomes e Mendonça (2002) para os estudos que visam analisar narrativas sobre as experiências com doenças. Deste modo, serão articuladas questões de representação social e da experiência com a doença. Logo, o tempo desde o diagnóstico até o momento da entrevista deverá ser levado em consideração. Assim sendo, questões relativas à socialização, da higiene à estética, dos afetos às emoções, serão imprescindíveis para a análise das narrativas. Neste âmbito, a perspectiva para as entrevistas se orientará da dialética de significados e significações, consideradas as dimensões subjetivas e objetivas das narrativas.

As experiências com a doença são singulares e, se expressam representações sociais, podem ainda proporcionar uma transformação dessas mesmas representações. E uma interpretação dialética do discurso da narrativa considerará, então, a experiência individual parte de um processo que torna público o que antes era privado. Deste modo, as experiências se diferenciam conforme questões geracionais, de renda, a posição ou o papel ocupado na sociedade, a cor da pele ou o pertencimento étnico. Isto porque, a experiência com a doença pode se limitar ou abranger, conforme os sentidos expressados, às alterações corporais, à desagregação de atividades no trabalho formal, à reconstrução de uma identidade, entre tantas alterações que não se restringem à percepção, mas são estruturais.

As entrevistas terão como tópico-guia as seguintes questões uma vez feita a apresentação da pesquisa para a informante e também esclarecidos os critérios éticos para solicitar a gravação. Como sugerido por Gaskell (2015), as entrevistas individuais de profundidade serão transcritas e analisadas a partir de uma estrutura temática organizada em matriz a fim de organizar a compreensão dos sentidos sobre as representações relatadas:

1. Como se deu o diagnóstico?
2. Como considera a sua relação com o corpo na sua história, seja a respeito de questões fisiológicas, estéticas ou espirituais?
3. "Ser mulher", referências sobre o feminino, alteraram devido ao câncer?
4. Qual a sua relação com o saber médico?
5. Você buscou investigar sobre a doença?
6. Houve encontros com experiências comuns às suas?
7. Que ocasiões te afetaram quando perguntada sobre o câncer?
8. O que pensa sobre as campanhas?
9. O que gostaria que as pessoas soubessem sobre o câncer de mama?

## APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidada a participar da pesquisa **“Representações de corpos mastectomizados: qual feminilidade?”**, de responsabilidade da pesquisadora Daliana Cristina de Lima Antonio, estudante de doutorado da Universidade de Brasília. O objetivo desta é **conhecer as representações autoatribuídas sobre feminilidade a partir de entrevistas com mulheres que foram submetidas a mastectomia no que diz respeito à experiência com a doença, do diagnóstico ao tratamento, e as possíveis ressignificações sobre o que é feminino**. Assim, gostaria de consultá-la sobre seu interesse e disponibilidade em cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-la. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, quais sejam a entrevista e o áudio gravado, ficarão sob a guarda da pesquisadora responsável pela pesquisa em computador protegido por senha só acessível pela responsável da pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de **entrevista gravada com previsão de uma (1) hora de duração, podendo, se for necessário, a realização de uma continuidade da entrevista**. É para este procedimento que você está sendo convidada a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco, sendo que, diante de qualquer incômodo a respeito das questões, você é livre para não responder ou, se desejar, interromper a entrevista.

Com esta pesquisa, se espera que **as representações sobre a feminilidade da mulher que fez mastectomia sejam compartilhadas para contribuir no reconhecimento de corpos que enfrentaram o câncer de mama**.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. A qualquer momento, você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação, o que não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Fica garantido que os resultados do estudo serão devolvidos às participantes por meio de apresentação dos resultados da Tese de Doutorado em eventos ou revistas, de forma escrita ou comunicação oral.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília (CAAE: 26370619.1.0000.5540) sob parecer de número 3.978.871. As informações com relação à este termo (TCLE) ou aos direitos da participante da pesquisa podem ser obtidas no <http://plataformabrasil.saude.gov.br/> clicando em "Informações ao participantes da pesquisa" para acessar a "Cartilha", ou solicitação ao CEP/CHS no mail [cep\\_chs@unb.br](mailto:cep_chs@unb.br) ou pelo telefone: (61) 3107 1592 (Brasília).

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (38) 99260 0916 (ligação pode ser realizada "a cobrar" ou encaminhamento de mensagem via aplicativo *WhatsApp*) ou pelo e-mail [daliana.antonio@unimontes.br](mailto:daliana.antonio@unimontes.br).

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a pesquisadora responsável pela pesquisa e a outra com você.

- Li o termo acima e concordo em participar.  
 Li o termo acima e não concordo em participar.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - MATRIZ

Matriz - organização temática								
	1) imagem corporal	2) maternagem	3) rede de apoio	4) trabalho	5) sensações do sofrimento e plenitude (liberdade)	6) diagnóstico/tratamento/enfermidade	7) reconstrução (após mastectomia)	8) conhecimento sobre o câncer
	valores validade hábitos transformados masculinidade espelho clarieiras				mutação invisibilidade, estranheza ("outro corpo") renovação da vida ("página em branco") ansiosidade dever clonização (sucesso ou insucesso) fadiga interior/exterior, dentro/fora lembranças das experiências com os seios	valores opções/cronogramas (etapas) técnica versus estética reconhecimento maior como prioridade ausência de sequelas (rejeição) clarieiras espelho traumas construção oportunidade M técnica versus estética respeito às decisões		
1) imagem corporal	espelho clarieiras	espelho clarieiras	cabelos	validade clarieiras	presença ausência medo do abandono pelo marido medo da morte luta individual	privilegio valores cabelos (queda, "fluxo normal", corte) mutação (consciência da inevitabilidade) dores impotência marido		traumas mutação técnica versus estética respeito às decisões
2) maternagem		função compreensão maternagem motivação otimismo	cabelos função otimismo	tempo "vida normal"	tempo medo do abandono pelo marido medo da morte luta individual			
3) rede de apoio			"falso masculino" separação (função, culpa) lembranças da trajetória otimismo solidariedade cuidados (apoio, proteção) protagonismo	apoio otimismo solidariedade "dar conta", não parar validade	apoio autostima proteção			abandono por maridos rede de proteção (apoio)
4) trabalho					função impotência atletismo solidariedade confiança (entrega, tempo) ansiosidade reconhecimento estresse desespero incapacidade culpa arranjos alimentares acompanhamento da doença gratidão (aprendizado) plenitude			tempo
5) sensações	5.1	5.2	5.3	5.4	6.5			ansiedade (pesquisa na rede, procedimentos e relatos de experiência) medo (morte) medo (doença) respeito foco (menção, entrega, confiança) confiança (etapas do tratamento, bases)
6) diagnóstico/tratamento	6.1	6.2	6.3	6.4	7.5			morte pesquisa na rede: ansiedade: relatos de experiência confiança (exames de imagens, orientações de profissionais) privilegios no atendimento multiprofissional (tempo) responsabilidade no cuidado de si
7) reconstrução	7.1	7.2	7.3	7.4	7.5			risco (rejeição versus aceitação) privilegios no atendimento multiprofissional (tempo) confiança
8) conhecimento sobre o câncer	8.1	8.2	8.3	8.4	8.5			morte pesquisa na rede: ansiedade: relatos de experiência mágoas (doença emocional) promoção à saúde em políticas públicas (autoexame, biópsia) incorporação das diretrizes de prevenção (regularidade na clínica e nos exames) confiança (exames de imagens, orientações de profissionais) desigualdades sociais (privilegios-tempo) amor (liberdade, vulnerabilidade)

## **ANEXO**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Representações de corpos mastectomizados: qual feminilidade?

**Pesquisador:** DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26370619.1.0000.5540

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE DE BRASILIA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 3.978.871

**Apresentação do Projeto:**

Inalterada em relação ao parecer consubstanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 23 de fevereiro de 2020.

**Objetivo da Pesquisa:**

Inalterado em relação ao parecer consubstanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 23 de fevereiro de 2020.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora anexou carta de revisão ética discorrendo sobre os procedimentos a serem adotados.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisadora sanou as pendências destacadas no parecer emitido pelo CEP/CHS no dia 23 de fevereiro de 2020.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora incluiu carta de revisão ética, aceite institucional e TCLE adequando os objetivos do documento com o projeto.

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASILIA

**Telefone:** (61)3107-1592

**E-mail:** cep\_chs@unb.br

**UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE**



Continuação do Parecer: 3.978.871

**Recomendações:**

A pesquisadora fez as adequações solicitadas no parecer consubstanciado emitido pelo CEP/CHS no dia 23 de fevereiro de 2020. Além disso, fez ajustes no cronograma de início do estudo, após deliberação do CEP/CHS.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto esta adequado as exigencias das Resolucoes CNS 466/2012, 510/2016 e complementares, podendo ser aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1472439.pdf	16/03/2020 15:04:00		Aceito
Outros	aceites.pdf	16/03/2020 15:01:53	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DALIANA_projeto.odt	16/03/2020 15:01:10	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Cronograma	cronograma.odt	16/03/2020 15:00:41	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	carta_resposta.odt	16/03/2020 15:00:01	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	carta_rev_etica.odt	16/03/2020 14:57:38	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.doc	16/03/2020 14:55:07	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	04/01/2020 10:13:53	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	curriculo.pdf	29/11/2019 16:58:54	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	instrumento.pdf	29/11/2019 16:53:07	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.doc	17/11/2019 13:20:08	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	termo_de_autorizacao_para_utilizacao_de_imagem_e_som_de_voz.pdf	17/11/2019 13:11:25	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito
Outros	justificativa.pdf	14/11/2019 18:50:04	DALIANA CRISTINA DE LIMA ANTONIO	Aceito

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASÍLIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br

UNB - INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS HUMANAS E  
SOCIAIS DA UNIVERSIDADE



Continuação do Parecer: 3.978.871

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 17 de Abril de 2020

---

**Assinado por:**  
**Érica Quinaglia Silva**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - FACULDADE DE DIREITO - SALA BT-01/2 - Horário de  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3107-1592 **E-mail:** cep\_chs@unb.br