

A experiência corporal do câncer de mama: narrativas a partir das perspectivas de gênero, geração e sexualidade na percepção da doença¹

Nathália Caroline Dias (PPGAS-MN/UFRJ)

Palavras-chave: Experiência de saúde-doença. Subjetividades. Saber localizado.

Introdução

Nas disciplinas de Teoria Antropológica ministradas na graduação e pós-graduação no Brasil, correntemente, observamos como a formação da Antropologia enquanto conhecimento científico moderno foi dominada pela presença de homens brancos europeus, sobretudo no período compreendido pelo final do século XIX e meados do século XX. Desse momento em diante, diversos foram os argumentos que delimitavam o que seria a “objetividade” e qual seria o método científico mais adequado. No entanto, tais argumentos partiriam do que Donna Haraway (1995) denomina de “objetividade científica descorporificada”, isto é, de uma ciência construída por homens brancos compreendendo-se a si mesmos como o olhar universal sobre o mundo – como se fossem imparciais, neutros, eles mesmos não possuindo um corpo repleto de interesses próprios. Nessa perspectiva, a ciência ocidental moderna consolidou-se no imaginário social como a retórica dominante, como mais um modo de o Ocidente exercer seu poder sobre o restante do mundo, particularmente, através do conhecimento que produzia sobre esse mundo – os “outros”, no caso da Antropologia.

Ao “desmascarar” essa objetividade transcendente, Haraway (1995) destaca a importância da subjetividade e da “corporificação” para a ciência. Conforme a autora, enquanto cientistas, precisamos localizar a desigualdade de poder entre comunidades diferentes, bem como compreender como corpos e significados são construídos socialmente. Nesse contexto, sua doutrina parte de uma objetividade corporificada para abarcar os projetos científicos feministas, sendo denominada de “saber localizado”. Cumpre ressaltar que é em nossos corpos e através deles que vivenciamos as experiências, é a partir deles que nos separamos física e psicologicamente daqueles que pesquisamos, nessa dimensão nebulosa da experiência – quase psicanalítica. Sendo assim, ao encontro

¹ Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto a 03 de setembro de 2022.

de Duarte (2011, p. 2) – em trabalho sobre mandato transgeracional e subjetivação diferencial realizado em sua própria família –, a proposta desta pesquisa é interpretar “as dimensões mais ‘sociológicas’ dos fenômenos examinados com questões de sentido e experiência que podem ser, à primeira vista, associadas aos saberes psicológicos”.

Nesse sentido, enquanto uma cientista social mulher e lésbica pesquisando narrativas de outras mulheres – cujas vidas foram atravessadas pela experiência de saúde-doença do câncer de mama –, me imagino como “o outro corporificado” (HARAWAY, 1995), pertencendo àquele grupo ao qual não é permitido não possuir um corpo e uma perspectiva determinada na ciência. Nas palavras de Haraway (1995, p. 21), “a objetividade revela-se como algo que diz respeito à corporificação específica e particular e não como algo a respeito da falsa visão que promete transcendência de todos os limites e responsabilidades [...] apenas a perspectiva parcial promete visão objetiva”. Para a autora, aquela que busca o conhecimento – cientista – é parcial e incompleta em todas as suas formas, indagando no seu objeto não uma posição de identidade, mas sim de objetividade – uma conexão parcial. Portanto, a partir de uma perspectiva de objetividade feminista, sujeito e objeto científico se encontram próximos em termos epistemológicos.

Para os fins desta pesquisa de caráter exploratório, acredito ser relevante citar Grada Kilomba (2019) e seu exemplar trabalho acerca dos séculos de silêncio impostos sobre as pessoas negras através do colonialismo e da escravização. No livro *Memórias da Plantação: episódios de racismo cotidiano*, a autora analisa as feridas deixadas por esses processos nas gerações contemporâneas, sobretudo nas mulheres negras como ela, de origem africana-europeia. Dessa forma, Kilomba (2019) busca reconfigurar as estruturas de poder e de conhecimento para, assim, se tornar *sujeito* – até então definido pelo sujeito masculino transcendente, universal – de sua própria história e para que outras pessoas também possam se encontrar a partir de sua escrita. Ainda que não referenciando Haraway, podemos afirmar que Kilomba (2019) realiza seu trabalho a partir de um saber localizado, uma vez que analisa as narrativas de mulheres negras sobre episódios de racismo vivenciados por elas em seus cotidianos, suas subjetividades e histórias de vida.

Para tanto, a autora recorre às *pesquisas centradas em sujeitos*, complementadas pelo “study up”, para possibilitar o reconhecimento dessas subjetividades. Esta metodologia busca a reparação de desigualdades de poder presentes, tradicionalmente, nas relações entre pesquisadoras/es e seus “objetos de pesquisa”, representando a possibilidade de aproximações entre elas/eles pautadas por “experiências compartilhadas, igualdade social e envolvimento com a problemática” (KILOMBA, 2017, p. 82-83).

Desse modo, a autora se posiciona como uma “subjetividade consciente” que, a partir de uma análise crítica, respeita as narrativas que mulheres negras de idade e classe semelhantes às suas compartilham sobre racismo e se interessa verdadeiramente pela vida cotidiana dessas mulheres, pois essas narrativas também são suas e essas experiências acompanham-na em toda sua biografia de mulher negra que nasceu e vive na Europa.

Por se tratar de uma doença assim reconhecida pela biomedicina – campo científico de saberes biológicos sobre o qual a medicina ocidental contemporânea se ampara, compreendendo suas instituições e práticas (SARTI, 2010) –, importa mencionar que o câncer de mama também é abordado nesta pesquisa a partir do conhecimento biológico, uma vez que este caracteriza-se como “autorizado”, legítimo, em nossa sociedade para falar sobre o corpo, a saúde e a doença. De acordo com Sarti (2010, p. 78), “embora não seja única e isso se dê num campo de tensões e ambiguidades, é a biomedicina que tem o domínio da concepção de vida e de morte na sociedade ocidental contemporânea”. Entretanto, ela é apenas uma dentre múltiplas perspectivas de compreensão acerca do adoecer e dos itinerários terapêuticos.

Posto isto, a partir de olhares antropológicos, o câncer de mama é analisado, sobretudo, como uma “perturbação físico-moral” (DUARTE, 1994, 2003a), dado que esta doença se destaca em nossa sociedade como um acontecimento anormal, envolvendo e afetando o corpo, as moralidades, os sentimentos e as identidades pessoais das mulheres que a vivenciam. Nesse sentido, não existem perguntas “certas” a se fazer, mas perguntas situadas e corporificadas. Logo, são diversas as possibilidades de questionamentos e inquietações no tocante à experiência de saúde-doença do câncer de mama vivenciada por mulheres. Cada uma dessas possibilidades partindo de uma posição ocupada no mundo pelas pesquisadoras enquanto sujeitos individuais/subjetivos e sociais, simultaneamente. Assim, recorrendo às palavras de Haraway (1995, p. 33), parto do pressuposto de que “o único modo de encontrar uma visão mais ampla é estando em algum lugar em particular”.

A experiência corporal do câncer de mama

Conforme a biomedicina, o câncer compreende um conjunto de mais de cem doenças que possuem em comum a multiplicação desordenada de células anormais, causando a formação de tumores, os quais podem afetar outros tecidos ou órgão diferentes daquele de origem (metástase). A doença pode se desenvolver em qualquer parte do corpo, entretanto, existem aqueles órgãos que são mais afetados do que outros. Dentre

eles, o câncer de mama destaca-se como o tipo de maior incidência e mortalidade entre as mulheres no Brasil. Apesar de este tipo também acometer homens cisgêneros, sua porcentagem é baixa, representando 1% dos casos no país. Segundo estimativas do Ministério da Saúde (MS) para o ano de 2021, o câncer de mama correspondeu a 66.280 novos casos de neoplasias entre as mulheres. Com relação à mortalidade a partir da localização primária do tumor, as estimativas do MS para o ano de 2020 foram que o câncer de mama resultou em 17.825 casos de falecimentos entre elas (INCA, 2022).

O câncer de mama não possui somente uma causa, mas sim fatores que elevam seus riscos de surgimento. Dentre eles, os fatores ambientais, comportamentais, hormonais, genéticos e hereditários. Porém, a idade aflora como o de maior importância, uma vez que, aproximadamente, 80% dos casos ocorrem com mulheres acima dos 50 anos. Diante desse cenário, as políticas públicas voltadas ao câncer de mama, sobretudo à sua prevenção, e consequente tratamento, encontram-se permeadas pelas delimitações de gênero e geração – considerando-se ainda o binarismo de gênero e excluindo-se a população trans e travesti como sujeitos também afetados pela doença. Seguindo a orientação da Organização Mundial da Saúde, o MS, através do Sistema Único de Saúde (SUS), recomenda que a mamografia de rastreamento seja realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos, com o objetivo de identificar o câncer antes da existência de sinais e sintomas. A mamografia diagnóstica, por sua vez, deve ser concedida pelo SUS para mulheres de todas as idades a partir de indicação médica diante de mudanças suspeitas na mama (INCA, 2022).

O quadro completo de investigação médica deste tipo de câncer, geralmente, é composto pelo auto exame das mamas, exame clínico e análises de imagens, como mamografia, ultrassonografia e/ou ressonância magnética. Contudo, a confirmação da doença só é possível através da biópsia – técnica que compreende uma pequena cirurgia de retirada do nódulo ou lesão suspeita. Após o diagnóstico, a próxima etapa consiste no estadiamento da doença, sendo essencial para a definição da melhor abordagem terapêutica de acordo com cada caso. O tratamento do câncer de mama pode constar de cirurgia de retirada parcial ou radical da mama (mastectomia) e radioterapia – tratamentos locais – e/ou quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica – tratamentos sistêmicos –, conforme a fase em que a doença se encontra e com o tipo do tumor (INCA, 2022).

Pela perspectiva antropológica, todo esse processo poderia ser compreendido como uma situação incomum de ruptura que afeta a vida cotidiana das pessoas e exige mecanismos interpretativos e medidas de normalização. No entanto, tal perspectiva

precisa ser conciliada com o saber biomédico, dado que é ele o legitimado em nossa sociedade para lidar com o corpo e os processos que dele se seguem – como o adoecer e os itinerários de cuidado –, aparecendo, frequentemente, como relevante nas narrativas daquelas que vivenciam o câncer. Sendo assim, torna-se relevante pontuar que, apesar de este saber ele próprio configurar-se como um conhecimento que se desenvolveu histórica e socialmente, no cerne da cultura ocidental, ele possui valor analítico, uma vez que inclina seus esforços sobre um corpo biológico compreendido não como uma “página em branco” pronta para as inscrições sociais – como nos diria Haraway (1995) –, sendo o próprio discurso médico-biologicista outra forma de construção social. Portanto, “as crenças e valores médicos constituem respostas socialmente organizadas para a doença. Refletem o complexo interativo entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento” (ALVES, 1993, p. 263).

O processo de interpretação da doença vivenciada segue caminhos individuais/subjetivos simultaneamente sendo inerente ao contexto sociocultural no qual a pessoa está inserida – logo, seus significados são intersubjetivamente compartilhados. Nesse sentido, os tipos de conhecimento médico e os meios pelos quais as pessoas os recebem ao longo de suas biografias pessoais influenciam em sua interpretação, bem como no itinerário terapêutico que será seguido. Como destaca Alves (1993), a experiência da doença suscita uma dimensão temporal particular em seu processo interpretativo, pois a mesma se transforma durante suas etapas – desde a descoberta dos primeiros sinais, passando pelo diagnóstico, início de cada tratamento, seus resultados, até suas conclusões, por exemplo. Nesse processo, o compartilhamento sobre a doença também ocorre para além daquele com os profissionais da saúde, sendo realizado com familiares, amigos e vizinhos, resultando, assim, em diversas explicações possíveis sobre a experiência vivenciada individualmente em seus corpos.

Nessa perspectiva, torna-se relevante uma melhor apreensão acerca de como “experiência” é utilizada nesta pesquisa. Tal conceito busca abarcar as vivências individuais, referindo-se às ideias de consciência e subjetividade, bem como de intersubjetividade e ação coletiva (ALVES, RABELO, SOUZA, 1999). Sendo assim, a experiência de saúde-doença, seja ela qual for, não encontra respostas somente no âmbito social da vida, possuindo uma fluidez – reverberando para o inconsciente –, tornando-a de difícil compreensão em um primeiro momento para o cientista social. Aqui, experiência parte da noção de um lugar ocupado no mundo, remetendo diretamente ao corpo como o alicerce através do qual “sentimos” o mundo, isto é, o mesmo ganha sentido

para nós. Como bem descrevem Alves, Rabelo e Souza (1999, p. 12):

É por ter um corpo – ou ser um corpo – que estamos situados, que somos irremediavelmente seres em situação. Antes de constituir um objeto [...] o corpo é dimensão do nosso próprio ser. A subjetividade, portanto, não se refere a uma consciência que paira sobre o mundo e o avalia à distância: é sempre uma consciência-corpo ou corpo-consciência, o que equivale também a considerar o corpo como ele mesmo, perpassado por uma dimensão subjetiva, de sentido. Assim o corpo é o *locus* em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade). Tais dimensões não se superpõem e nem se perdem na história; via uma síntese espontânea, integram-se em um esquema corporal que expressa uma modalidade particular de ser no mundo.

Nesse caminho teórico-analítico, o corpo caracteriza-se como sujeito e objeto, como o *locus* privilegiado onde não há mais a tradicional separação cartesiana com a mente. Desse modo, ambas as dimensões passam a ser consideradas no processo de saúde-doença: os sentidos e significados subjetivos e as sensações corporais, físicas, da experiência. Entretanto, como ressaltam Alves, Rabelo e Souza (1999), torna-se fundamental, além da consideração de tais dimensões, a análise do lugar ocupado por cada sujeito no mundo através de e em seus corpos. Assim, a experiência de saúde-doença do câncer de mama ganha contornos de perturbação físico-moral por sua essencial inserção nas dimensões individual/subjetiva e social da vida das mulheres afetadas, uma vez que, no imaginário social, a doença e seus tratamentos possuem sintomas e efeitos colaterais muito violentos, gerando uma série de transformações nos corpos e – consequentemente – na vida dessas mulheres. Em nossa sociedade, a mastectomia e a queda dos cabelos, resultante do tratamento quimioterápico, são as transformações corporais mais representativas do câncer de mama em mulheres. Tais transformações produzem uma série de negociações, pois as mulheres têm de (re)construir suas vidas diante dessas experiências vivenciadas em sua imediata corporalidade, bem como dos estigmas que sofrem.

O inconsciente e a valoração da interioridade

A análise da experiência de saúde doença do câncer de mama a partir da perspectiva delimitada acima torna fundamental uma análise – ainda que breve – acerca das implicações de tal experiência nos processos subjetivos e inconscientes que, por seu turno, irão delinear a percepção individual de mundo de cada pessoa. Para tanto, exploro

algumas considerações teóricas sobre as noções de Pessoa/indivíduo nas sociedades ocidentais modernas para, desse modo, evidenciar as possibilidades de valoração da interioridade e as relações entre subjetividade, gênero, geração e sexualidade no processo interpretativo da doença. Nesse sentido, para autores como Tania Salem (1992) e Luiz Fernando Dias Duarte (2003b), os trabalhos acerca da noção moderna de Pessoa – a qual se constitui, no Ocidente, pela noção de indivíduo – podem ainda reverberar em instigantes debates sobre o “indivíduo psicológico” quando abordamos a temática do inconsciente. Este último – conceito tradicionalmente referido à Freud – remontaria aos primeiros alienistas, como bem pontua Salem (1992), para versar sobre uma dimensão interior a cada sujeito que o impele contra suas vontades e consciência. Conforme Salem (1992) e Duarte (2003b), tal dimensão é representada pela premissa de uma “desposseção subjetiva” – termo ao qual recorrem a partir de Gauchet e Swain.

Nesse cenário teórico, os debates de Louis Dumont (2008) acerca das noções de Pessoa/indivíduo são essenciais para os mencionados autores, bem como para esta pesquisa. Uma vez que suas definições se tornaram norteadoras para os estudos que versam sobre o tema, elas são aqui apresentadas, embora de modo sucinto. Em síntese, para Dumont (2008), existe uma oposição ideológica estruturante em termos da concepção de pessoa/indivíduo. Nas chamadas “sociedades tradicionais”, haveria uma ideologia do holismo. Tais sociedades caracterizam-se por seguirem um forte princípio hierárquico em suas visões de mundo e em suas formas de se organizar, influenciado, sobretudo, pela religião. A noção de holismo refere-se aqui a um todo supostamente coerente, segundo a qual esse todo abrangente possui maior valor do que suas partes “individuais” e as relações em si se destacam em preeminência dos indivíduos isolados. Identidade, nesse contexto, é pensada em termos relacionais.

Por sua vez, as sociedades ditas ocidentais “modernas” – as quais ganham predomínio público a partir das revoluções do século XVIII, sobretudo, nos Estados Unidos e na França, resultando na formação das respectivas repúblicas –, são aquelas que “incorporam-se” através da ideologia do individualismo. Nessas sociedades, a divisão hierárquica cede espaço para o princípio igualitário e, portanto, as partes predominam sobre o todo e os indivíduos isolados sobre as relações. O que se destaca da ideologia individualista é que o indivíduo irrompe como um valor moral fundamental, transformando-se na base para o estabelecimento das instituições jurídicas, políticas e filosóficas. Não sendo necessário estar em relação com outros, o indivíduo moderno torna-se moralmente autônomo. Importa ressaltar, como o faz Duarte (2003a), que essa

oposição ideológica concebida por Dumont não deve ser compreendida como conformando tipos de característica estanques, mutuamente exclusivas, mas sim que ambas as ideologias possuem suas tensões internas segundo suas próprias complexidades, envolvendo princípios de hierarquia e forças de individualização.

Como evidencia Salem (1992, p. 2), é diante desse cenário teórico que o indivíduo moderno nasce, reconhecido como aquele portador “de direitos originários e inalienáveis (posto que supostamente fundados na natureza humana), anterior ao fato social e juridicamente senhor de si mesmo”. No entanto, a autora e, posteriormente, Duarte (2003b) argumentam sobre as limitações presentes nessas noções ao não abarcarem as dimensões internas, ou psicológicas, que conformariam o indivíduo moderno, limitando-se a pensá-lo como sujeito jurídico-político. Assim, o “indivíduo psicológico” – em certa oposição ao “indivíduo jurial” dumontiano – surge como um reflexo da subjetivação do sujeito, o qual volta os olhares para seu “eu interior”, cuja relação consigo mesmo passa a ser mediada por um “outro”, o especialista “psi”. Como bem nota Duarte (2003b), estando o indivíduo em situação de dependência com relação a sua própria constituição psíquica, ele se encontra dependente internamente de si e externamente do psicanalista.

Indo ao encontro de Salem (1992), a noção de inconsciente é tomada nesta pesquisa como uma representação inerente ao campo de saber científico da psicanálise – que, assim como a biomedicina, é um saber que se forma a partir de uma série de construções históricas e sociais ao longo do tempo. Portanto, o inconsciente não é tomado como um fato dado, mas sim como um caminho possível de análise e interpretação sobre o indivíduo moderno. De acordo com Duarte (2003b),

O desenvolvimento de um conceito sistemático de “inconsciente” no interior do espírito humano e a condição preeminente que passou a deter na concepção psicanalítica da Pessoa testemunhariam dessa despossessão: o sujeito humano percebe apenas a dimensão “consciente” de sua vida interior (e, assim mesmo, com grande imprecisão) e as decisões de sua vontade, que lhe parecem tão ponderadas, decorrem – na verdade – de uma ordem desconhecida de determinações. A tópica tripartida denomina significativamente de *Ich* (eu, ego) a camada aparente e explícita do sujeito, dependente de um *Es* (isso, id) subjacente. Essa a condição que sustenta os que falam de uma despossessão.

Posto isto, a premissa de uma “despossessão subjetiva” – relacionada ao inconsciente – é recuperada por Salem (1992) e Duarte (2003b) e parte da compreensão do “descentramento do sujeito”, de que o mesmo possui distintas camadas psíquicas em seu interior. Nessa perspectiva, o sujeito seria privado de se apossar de si mesmo devido

aos constrangimentos provenientes de seu interior – sendo sujeitado de dentro. Nas palavras de Salem (1992, p. 9, *grifo da autora*),

No mesmo momento em que se solidifica a entronização do indivíduo-valor, revestido do estatuto de um ser moralmente autônomo e pré-social, ele próprio desponta, de um ponto de vista interno, como um ser opaco a si mesmo. Ou ainda, *a postulação de uma auto possessão no plano jurar é contrabalançada pela destituição desse mesmo sujeito no plano da subjetividade.*

Tal conclusão, à princípio, levaria a crer na incompatibilidade, ou no paradoxo, entre uma ideologia individualista e a compreensão de um sujeito psicológico. Porém, como evidenciam Salem (1992) e Duarte (2003b), diferente do que ocorre nas sociedades tradicionais, naquelas de ideologia individualista, a relação com os outros indivíduos tem como referencial uma lógica interna intrínseca ao sujeito e, mesmo quando há a mediação na relação, esta o devolve a si próprio. Sendo assim, a “desposseção subjetiva” é o que concede sentido às experiências individuais na vida ocidental moderna. Dentre as diversas experiências vivenciadas pelos sujeitos modernos, aquelas referentes ao processo saúde-doença apresentam-se como o foco de interesse neste estudo. Logo, dedico algumas observações sobre como tais experiências se relacionam com a oposição ideológica estruturante entre Pessoa/indivíduo, particularmente, através da noção de “perturbação físico-moral” (DUARTE, 1994, 2003a).

Como esta pesquisa buscou evidenciar até aqui, a experiência de saúde-doença, seja ela qual for, será vivenciada de formas diferentes de acordo, não apenas com o contexto sociocultural no qual os sujeitos se encontram, mas também conforme suas subjetividades – ambos sendo fortemente relacionados a uma série de diferenças experienciadas através de e em seus corpos, como diferenças de gênero, geração e sexualidade, dentre outras. O principal desses marcadores, presente desde os anos 1980 nos debates sobre saúde-doença no país, tem sido, sobretudo, o de classe social. Nesse sentido, “perturbação físico-moral” surge para abarcar os diversos contextos nos quais as doenças se expressam, tanto nas classes populares das sociedades nacionais modernas como nas camadas superiores, detentores dos saberes biomédicos. Segundo Duarte (2003a), estes últimos – bem como suas instituições e práticas – e a ideologia individualista encontram-se primordialmente vinculados conforme algumas de suas características, como o racionalismo e o fisicalismo – representando, portanto, uma oposição à ideologia holista, integrada, e seu modo de olhar para a saúde-doença.

Noção utilizada pelo autor para se referir às “condições, situações ou eventos de

vida considerados irregulares ou anormais pelos sujeitos sociais e que envolvam ou afetem não apenas sua mais imediata corporalidade, mas também sua vida moral, seus sentimentos e sua autorrepresentação” (DUARTE, 2003a, p. 177), perturbação físico-moral é aqui recuperada para analisar as narrativas de experiências de saúde-doença do câncer de mama encontradas em etnografias realizadas por pesquisadores distintos com mulheres diversas que vivenciaram a doença. Sendo assim, indo além do olhar biologicista e mecanicista da biomedicina, a contribuição antropológica está em desvendar os significados e as relações sociais constantemente construídos por essas mulheres.

Nessa perspectiva, a primeira etnografia a qual percorro é de Nádia Heusi Silveira (2000), resultado de sua dissertação em Antropologia Social. Em sua pesquisa dedicada às narrativas sobre o câncer a partir da perspectiva daqueles que vivenciaram a doença, a autora realiza trabalho de campo com pacientes em tratamento no Hospital Celso Ramos, em Florianópolis. Apesar de esta etnografia não lidar exclusivamente com mulheres com câncer de mama, ela traz reflexões interessantes acerca das questões éticas a serem tomadas pelas pesquisadoras ao lidarem com um “tema tabu” como o é o câncer. A autora relata que, ao passar pela Comissão de Ética da instituição, foi orientada a não utilizar a palavra “câncer” com os pacientes, pois nem todos sabiam seu diagnóstico. O mesmo ocorrendo com o cientista social Silvano Aparecido Redon (2008, 2011), em sua pesquisa com acompanhantes e pacientes em tratamento quimioterápico e radioterápico, no Hospital do Câncer de Londrina. Em campo, ele observou que alguns acompanhantes não queriam que seus familiares soubessem sobre a doença com a qual estavam vivendo por acreditarem que os mesmos desistiriam do tratamento e que saber sobre o câncer poderia agravar seus casos ou mesmo provocar sua morte. Nesses casos em particular, os questionamentos e inquietações acerca da oposição ideológica estruturante entre Pessoa/indivíduo se fazem presente, uma vez que os valores de liberdade, singularidade, autonomia e de escolha individual notabilizados pela ideologia individualista são aqui colocados em xeque. Aqueles cujos corpos são submetidos a uma série de transformações devido ao câncer não teriam, assim, nem sequer o poder de saber sobre o que lhes afeta – no sentido de estarem “despossuídos”, de perderem o poder sobre suas decisões e vontades. Portanto, seriam “outros” os responsáveis por determinar seus itinerários de cuidado. Seriam outras pessoas, as quais compõem suas relações sociais num todo familiar, por exemplo – como a etnografia de Redon (2008, 2011) mostra –, aquelas que decidiriam pelos sujeitos afetados pela doença.

Sobre o tabu relacionado à palavra “câncer”, acredito ser relevante ressaltar a noção de “eficácia simbólica” (LÉVI-STRAUSS, 2008), compreendida como essa força mágica atribuída à oralidade, ao ato de proferir o nome da doença, que se acredita reverberar em consequências no corpo físico daquele que sofre com o câncer. De acordo com Sontag (1984), o abominável não seria vivenciar o câncer em si, mas sim seu nome, considerado uma “maldição”, referindo-se a algo do qual aquele que foi acometido não possuiria chances de sair vencedor. “Mente-se aos pacientes cancerosos não só porque a doença é (ou é tida como) uma sentença de morte, mas porque é considerada obscena, no sentido original da palavra: de mau presságio, abominável, repugnante aos sentidos” (SONTAG, 1984, p. 7). Esse imaginário social do câncer, reforçado muitas vezes pelos próprios saberes e instituições médicas oficiais, contribui para perpetuar os estigmas e preconceitos sofridos pelas pessoas que experienciam a doença.

Nesse sentido, em sua dissertação de mestrado, em Saúde Coletiva, realizada com mulheres que passaram pelas experiências do câncer de mama e da mastectomia – um de seus tratamentos possíveis –, Simone Meira Carvalho (2005), aborda os medos das mulheres diante de tais experiências. De acordo com a autora, após o medo inicial da proximidade com a morte, as inquietações das mulheres que se descobrem com câncer de mama passam a estar relacionadas à retirada da mama, aos efeitos dos demais tratamentos, ao estigma e ao retorno da doença. Devido às implicações mais imediatas – corporais – na vida das mulheres, bem como por afetar suas dimensões subjetivas, morais, e suas identidades pessoais, a mastectomia ganha um espaço de destaque maior nesta pesquisa no que concerne à experiência de tratamento do câncer de mama. De forma geral, esta cirurgia de retirada do tumor – podendo ser radical ou parcial – é considerada a prática mais antiga e o tratamento mais bem-sucedido para a cura da doença (SILVEIRA, 2000). No entanto, a mesma pode resultar em sequelas que restringem ou impossibilitam a movimentação corporal, especialmente do braço, do lado no qual a cirurgia foi realizada

Portanto, a mastectomia apresenta consequências diretas no cotidiano das mulheres, principalmente, daquelas que compõem as classes populares, as quais têm o corpo como meio de seu trabalho. Tal cirurgia pode inviabilizar a realização de suas tarefas domésticas e profissionais devido às limitações de movimento e de capacidade do braço no lado operado. Como analisado por Aureliano (2007) e Carvalho (2005), para algumas de suas informantes, esta impossibilidade significava a perda de sua autonomia e autoestima, provocando uma sensação de inutilidade e desvalorização de si mesmas. Ao contrário do que poderia parecer a um olhar desatento, Waleska de Araújo Aureliano

(2007, p. 118) destaca que os papéis de dona de casa e de mãe, através dos quais a maioria de suas informantes agia no mundo, não se configuravam, para elas, como formas de submissão, mas “a única maneira de se manterem atuantes, independentes na utilização de seus corpos e de resguardarem uma identidade no mundo do trabalho”.

Interessa recordar que ao processo sócio-histórico de construção dos saberes biomédicos seguiu-se o mesmo processo de construção dos corpos e sua fragmentação em diversas subáreas de especialização da biomedicina. No caso do câncer de mama – cuja domínio legitimado e qualificado para seu diagnóstico e terapêutica é a oncologia –, uma série de significados sociais são relacionados a essa parte do corpo das mulheres, sendo percebida desde fonte de alimentação a alvo de sexualização em nossa sociedade. Entretanto, após a descoberta do câncer, o tratamento recomendado é a cirurgia de sua retirada, buscando-se, assim, remover o “problema”, desconsiderando-se como essa parte do corpo está profundamente ligada àquela mulher, sua subjetividade, moral e identidade enquanto sujeito no mundo. Sendo uma parte de seu corpo, a mama também atua como um meio daquela mulher “sentir” o mundo, isto é, dar sentido à sua experiência vivida.

Nesse contexto, a cirurgia de reconstrução da mama, garantida pelo SUS desde 2013 através da Lei nº 12.802², se mostra como um modo de (re)estabelecer o corpo transformado pela mastectomia. Esta cirurgia pode ser realizada durante o mesmo procedimento cirúrgico da mastectomia ou em outro momento, segundo a recomendação médica para cada caso. A reconstrução pode ocorrer através de implante artificial de silicone, solução salina ou reconstituição com retalhos dos músculos abdominais ou das costas da própria paciente. Entretanto, as etnografias de Aureliano (2007) e Carvalho (2005) mostram que boa parte das mulheres pesquisadas escolheram não passar por esse processo cirúrgico, percebido por elas como “mais uma mutilação” de seus corpos e “uma questão de vaidade”, não de saúde. Destaca-se que em ambas as pesquisas, entre algumas das informantes, a escolha por não se submeter à cirurgia de reconstrução mamária esteve, em grande medida, pautada não somente pelo medo diante de novas cirurgias, mas também pelo posicionamento de seus parceiros conjugais, os quais se mostraram contrários a reconstrução. Diante desse cenário, os questionamentos e inquietações suscitados referem-se aqueles sobre as mulheres não representadas – ou apresentadas visivelmente – por estas e outras pesquisas: as mulheres que não se encontram em relacionamentos estáveis; mulheres jovens; mulheres ainda sem filhos, mas que os

² Disponível para consulta em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112802.htm.

desejam; mulheres que se relacionam com outras mulheres; mulheres cujos corpos não são brancos; mulheres não cisgêneras; dentre outras tantas implicações possíveis da experiência de saúde-doença do câncer de mama de se conformar às subjetividades, delineando as percepções de mundo de cada sujeito.

Considerações finais

Analisar o câncer de mama como uma perturbação físico-moral (DUARTE, 1994, 2003a) implicou o distanciamento dos olhares predominantes do saber biomédico, ou seja, o reconhecimento de que existem outras possibilidades teórico-metodológicas para além daquelas construídas pelas sociedades ocidentais contemporâneas para pensar a experiência do adoecer e seus itinerários de cuidado. Sendo assim, a partir de uma abordagem científica “corporificada”, seguindo a premissa de um saber localizado – conforme definido por Haraway (1995) – a proposta desta pesquisa foi abordar o câncer de mama como uma experiência vivenciada pelas mulheres através de e em seus corpos, as mesmas sendo compreendidas como pessoas, rompendo-se, assim, a herança dos dualismos cartesianos entre mente/corpo, espírito/matéria, sujeito/objeto. Os tratamentos do câncer de mama, dentre eles a mastectomia – percebida, muitas vezes, como uma mutilação –, destacam-se nesse processo de adoecimento, pois, apesar de afetarem um corpo biológico, permitindo assim a continuidade daquela vida, também afetam outras dimensões do viver, compreendendo a própria noção de pessoa daquelas mulheres, seus sentimentos e suas relações sociais.

O saber biomédico – esse conhecimento científico ocidental legitimado como oficial –, através de suas subáreas especializadas, como a oncologia, tende a enxergar tais mulheres, não como sujeitos detentoras de identidade, mas como corpos biológicos fragmentados, dos quais a parte doente deve ser removida. No entanto, a vivência com o câncer de mama se apresenta como muito mais complexa do que uma experiência biológica pode denotar. Somando-se a isso, há o contexto sociocultural no qual essas mulheres estão inseridas bem como os marcadores que as diferenciam entre si, construindo suas subjetividades e percepções de mundo a partir de suas experiências corporais da doença. Nesse sentido, as narrativas sobre o câncer, em geral, e sobre o câncer de mama, em particular, presentes nas etnografias citadas evidenciaram como se expressam alguns dos processos simbólicos e intersubjetivos em nossa sociedade, concentrando valores e significados coletivos sobre o viver com a doença.

REFERÊNCIAS

ALVES, Paulo César. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 263-271, 1993.

ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam Cristina; SOUZA, Iara Maria. Introdução. In. RABELO, Miriam Cristina; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara Maria. **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

AURELIANO, Waleska de Araújo. Vênus revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama. **Barbarói**, n. 27, p. 107-129, 2007.

CARVALHO, Simone Meira. **De peito aberto**: falando de mulher para mulher sobre a mastectomia e a assistência à saúde numa perspectiva de gênero. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In. ALVES, Paulo César; MINAYO, Maria Cecília de Souza (orgs.). **Saúde e Doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Geração, fratria e gênero: um estudo de mandato transgeracional e subjetivação diferencial. **Trivium – Estudos Interdisciplinares**, v. 3 n. 1, p. 1-19, 2011.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Indivíduo e pessoa na experiência da saúde e da doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 173-183, 2003a.

DUARTE, Luiz Fernando Dias. Sujeito, soberano, assujeitado: paradoxos da Pessoa ocidental moderna. In. ARÁN, M. (org.). **Soberanias**. Rio de Janeiro: Contracapa Editora, 2003b.

DUMONT, Louis. **Homo Hierarchicus**: o sistema de castas e suas implicações. São Paulo: EdUSP, 2008.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, v. 5, p. 7-41, 1995.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

LÉVI-STRAUSS, Claude. A eficácia simbólica. In: **Antropologia Estrutural**. São Paulo: Cosac Naify, 2008.

REDON, Silvano Aparecido. A interpretação da doença e a busca de sentido: um estudo com pacientes em tratamento de câncer. **Anthropológicas**, v. 19, n. 2, p. 55-80, 2008.

REDON, Silvano Aparecido. **“Pode ter brotado, pode ter vindo andando e se espalhou”**: configurações socioculturais, práticas e representações do câncer. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2011.

SALEM, Tania. A despossessão subjetiva: dos paradoxos do individualismo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 7, p. 62-77, 1992.

SARTI, Cynthia. Corpo e doença no trânsito de saberes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 25, n. 74, p. 77-90, 2010.

SILVEIRA, Nádia Heusi. **Narrativas sobre Câncer**: a perspectiva do doente. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal de Santa Catarina, Ilha de Santa Catarina, 2000.

SONTAG, Susan. **A Doença como Metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FONTES

BRASIL. **Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013**. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, 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”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112802.htm>. Acesso por último em: 25 jul. 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/>>. Acesso por último em: 15 jul. 2022.