

Feminilidades reconstruídas

mulheres
vivendo
com câncer
de mama

DALIANA ANTONIO



Feminilidades reconstruídas

mulheres
vivendo
com câncer
de mama

Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes

Wagner de Paulo Santiago
Reitor

Dalton Caldeira Rocha
Vice-Reitor

Ivana Ferrante Rebello
Pró-Reitora de Ensino

Marlon Cristian Toledo Pereira
Pró-Reitor de Pós-Graduação

Maria das Dores Magalhães Veloso
Pró-Reitora de Pesquisa

Pablo Peron de Paula
Pró-Reitor de Planejamento, Gestão e Finanças

Rogério Othon Teixeira Alves
Pró-Reitor de Extensão

©Editora Unimontes

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro
Editora Geral

Conselho Editorial

Maria Clara Maciel de Araújo Ribeiro

Gustavo Henrique Cepolini Ferreira

Ivana Ferrante Rebello

Leandro Luciano Silva Ravnjak

Luiz Henrique Carvalho Penido

Patrícia Takaki Neves

Tânia Marta Maia Fialho

Vanessa de Andrade Royo

Apoio:



FAPEMIG

Feminilidades reconstruídas

mulheres
vivendo
com câncer
de mama

DALIANA ANTONIO

Laura Silveira Fahel
Projeto gráfico, capa e diagramação

Marianne Duquette Cuozzo (Claudine, da seção My Gals)
www.marianneduquettetcuozzo.com
@marianneduquettetcuozzo9128
Ilustração

Agência LCR
Revisão linguística

Maria Clara Maciel de A. Ribeiro
Maria Gabriela de Souza
Luana Pereira Santos
Equipe editorial

Este livro foi selecionado por edital e submetido a parecer duplo-cego.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

A635f Antonio, Daliana Cristina de Lima.
Feminilidades reconstruídas [livro eletrônico] : mulheres vivendo com
câncer de mama / Daliana Cristina de Lima Antonio. - Montes Claros, MG : Editora
Unimontes, 2026.
256 p. il. ; E-book (PDF).

Inclui bibliografia.
Modo de acesso: world wide web
<http://www.editora.unimontes.br/index.php/ebook>

ISBN: 978-85-7739-812-6. E-book (PDF).

1. Câncer - Mama. 2. Feminilidades. 3. Mulheres - Experiências. I. Antonio,
Daliana Cristina de Lima. II. Título. III. Mulheres vivendo com câncer de mama.

CDD 610.73698

Elaborado por Biblioteca Central Professor Antônio Jorge / Roseli Damaso – CRB-6/1892



O conteúdo desta obra, quando não houver indicação específica em contrário, é disponibilizado sob a Licença Creative Commons 4.0 Atribuição – Não Comercial – Sem Derivações. Os direitos desta edição pertencem à Editora Unimontes.

©Editora Unimontes

Campus Universitário Professor Darcy Ribeiro
Montes Claros – Minas Gerais – Brasil, CEP 39401-089 – Caixa Postal 126.
www.editora.unimontes.br | editora@unimontes.br

Filiada à  **ABEU**
Associação Brasileira das
Editoras Universitárias


EDITORA
Unimontes


Unimontes
Universidade Estadual de Montes Claros

*À Lourdes Bandeira, pela firmeza generosa com que me
ensinou que autoestima também é um ato político.*

*À Marcela Amaral, pela acolhida que ultrapassa a parceria,
em afetos circulares pelas encruzilhadas da vida.*

*À Waleska Aureliano, por transformar inquietações em
pesquisa e pesquisa em parceria. Seguimos!*

*À Raquel, que reclamou até morrer! Não lhe faltou coragem
para dizer o que doía.*





Prefácio

RECOSTURAS DA FEMINILIDADE

Há anos era aguardada a presente obra de Daliana Cristina de Lima Antonio, mais precisamente, desde a sua defesa de doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade de Brasília (PPGSOL/UnB), em agosto de 2023. Após ter iniciado a orientação com a professora doutora e emérita da UnB, Lourdes Maria Bandeira, que faleceu em setembro de 2021, passou a ser acompanhada por mim como sua nova orientadora. Muitas dádivas recebi da colega e amiga Lourdes, sendo essa aproximação de Daliana mais uma delas, apesar de ter sido em um momento de grande perda e tristeza.

Como desdobramento de vários lutos envolvidos no tema da tese e no decorrer da sua elaboração, de fato, era necessário certo tempo para que ela incorporasse os comentários preciosos da banca examinadora e realizasse adaptações à escrita ao direcioná-la para este formato de livro, voltado a um público mais amplo do que os/as leitores/as de perfil acadêmico. Nesse período de maturação e ajustes do texto, ela aportou maior precisão e sofisticação às palavras para falarem de um fenômeno de tão difícil trato e assustador às mulheres, que é o câncer de mama.

Se a violência de gênero contra as mulheres as atemoriza tanto hoje na nossa sociedade, diante de cifras alarmantes e epidêmicas de estupros, agressões, discriminações e feminicídios entre nós, aprendi nesse caminhar com Daliana e, indiretamente, com Lourdes, que o câncer de mama também se mostra uma doença, profundamente, mobilizadora da identidade feminina. Embora muitos casos possuam tratamento e apresentem grande chance de cura atualmente, são inúmeros os desafios que as mulheres enfrentam ao lidarem com o diagnóstico, a retirada do tumor, as terapias indicadas pós-cirurgia, a incerteza de metástase, os transtornos do atendimento em rede pública, ou, mesmo, em rede privada de saúde.

Além desse conjunto de impactos em suas vidas, há, ainda, a necessidade de contarem com uma forte rede de apoio para cruzarem um longo percurso entre o início e o fim da doença, o qual, às vezes, significa perderem parte do corpo, companheiros, familiares, amizades, trabalho, autoestima, autoimagem etc. Enfim, perderem-se de si mesmas, do que as constituía antes. Por isso, apesar das inúmeras e anuais campanhas incentivadoras a exames e identificação precoce do câncer de mama, aumentando as possibilidades de tratamento, ele chega a ser um tabu, que gera medo, constrangimento e impropriedade para ser mencionado e discutido em determinados ambientes sociais. É como se tocar nele pelas palavras fosse o suficiente para atraí-lo e, então, tornar quem o tem “poluída”, destruída enquanto sujeito ativo, altivo e autônomo sob o signo da morte.

Com maestria, Daliana aproxima-se e busca compreender a feminilidade através desse sofrimento social, inscrevendo nas páginas que se seguem a vivência de dez mulheres cisgênero, plurais em idade, condição econômica e em acesso aos serviços médicos, como um jogo de cena em três atos dramáticos até o desfecho final. Ou seja, a autora

organiza os resultados de sua minuciosa pesquisa em partes, acompanhando o movimento inicial de todas elas pelo diagnóstico, seguido pelo momento em que lidaram, diretamente, com o câncer, – permeados por robustas e articuladas discussões teóricas advindas das Ciências Sociais, da Filosofia e dos Estudos de Gênero em perspectiva feminista travando um combate contra o dito inimigo que delas se apossou e que seria eliminado pela mastectomia em prol de suas sobrevivências; e, por fim, a reconstrução de si, metaforizada pelos procedimentos de reconstituição mamária.

Em uma escuta sensível e respeitosa na interação face-a-face com cada uma das colaboradoras da pesquisa, Daliana organizou e deu forma à intimidade delas em suas experiências com a enfermidade, o autocuidado, a adoção de práticas preventivas e de cura, identificando como as representações sociais sobre si mesmas enquanto pacientes oncológicas, bem como as percepções e imagens corporais foram se alterando nesses três momentos pelos quais passaram. Os relatos – permeados por robustas e articuladas discussões teóricas advindas das Ciências Sociais, da Filosofia e dos Estudos de Gênero em perspectiva feminista – contribuíram para uma interpretação da feminilidade associada à maternidade, à sexualidade, à estética e às relações institucionais de saúde.

Enquanto conclusão do atravessamento desse portal de vida-morte, as reflexões da autora evidenciam desigualdades, relações de poder e desespero, ao mesmo tempo em que vai se direcionando para nos revelar que a reconstrução mamária não significa a garantia da feminilidade hegemônica e vivenciada no passado pelas mulheres, conforme, muitas vezes, foi idealizada. No fundo, significa uma nova condição de ser e de esquema corporal, que se abre a outras feminilidades, com próteses de silicone ou sem elas. Não mais importa as obrigações impostas a elas pelos

estereótipos de gênero que lhes pesavam e atravessavam, mas a oportunidade de se refazerem a partir de reapropriarem-se com maior liberdade de seus corpos em silhuetas e relações pessoais diversas, com menos amarras sociais e engessamentos subjetivos.

Tânia Mara Campos de Almeida

*Departamento de Sociologia (UNB), integrante do
Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Mulheres (NEPeM)*

Brasília (DF), 23 de julho de 2026.

Sumário

Introdução	14
1 Da prevenção ao diagnóstico do câncer de mama: práticas incorporadas	22
1.1 Cuidado de si e responsabilização pelo câncer de mama	35
1.2 Da incorporação das práticas corporais ao diagnóstico da feminilidade	61
2 Feminilidade como sofrimento social: o câncer não é rosa ...	88
2.1 A feminilidade funcional	95
2.2 A "guerra" contra o câncer: padecer e sobreviver	109
2.3 Padecer sob os atravessamentos da feminilidade	125
2.4 Deslocamento da feminilidade: uma luta permanente	157
3 Reconstruções da feminilidade	170
3.1 A feminilidade como garantia	178
3.2 Feminilidades encarnadas: vidas que importam	184
3.3 Corpos mastectomizados: que feminilidades importam? ...	219
Considerações finais: o câncer de mama e a inteligibilidade dos corpos	238
Referências	244
Sobre a autora	256





Introdução

Esta obra foi inspirada em tecituras feministas — formas de pensar como fios artesanalmente trabalhados e tecidos de diferentes modos¹. As vidas de dez mulheres cis, que aceitaram participar da pesquisa, foram tecidas para pensar feminilidades no contexto do câncer de mama. A experiência com a enfermidade é, como disse Lygia, uma das entrevistas que conheceremos adiante, uma “batalha” só sentida por quem vive. A leitura deste texto, assim, trata de cuidado de si, da incorporação de práticas preventivas e das implicações da mastectomia sobre a imagem corporal. A feminilidade foi interpretada em associação com a autoestima, a maternidade, a sexualidade e as relações institucionais — mais particularmente no campo médico —, constituindo redes de apoio e proteção. O processo de interpretação percorre os atravessamentos que conduzem as feminilidades à sua reconstrução. Sendo assim, o livro contribui para reflexões de mulheridades que enfrentam uma “batalha” de significados diante de uma cultura somática que indica procedimentos sob a justificativa de resgate da autoestima. Contribui, ainda, para questionar certa hegemonia sobre o modo de viver com câncer a partir de uma identificação como paciente oncológica.

¹ Agradecemos à artista Marianne DuQuette Cuzzo pela cessão da figura que ilustra a capa, mediante doação para a organização CancerCulture (www.cancerculture.org)

As feminilidades reconstruídas por dez mulheres cis, que compartilharam suas experiências para a tecitura que este livro vem apresentar, abordam um novo esquema corporal que encarna um estado de alma. Foram momentos de escuta sobre o diagnóstico e a relação com o corpo ao longo da vida — seja a respeito de questões fisiológicas, estéticas ou espirituais —, sobre as referências sobre o que é dito de feminino, a ideia de “ser mulher”, e a relação com o saber médico. Incluíram também encontros com experiências de outras mulheres com o câncer de mama e interpelações entendidas como “alertas” para que as pessoas conheçam mais sobre este tipo de câncer, que a cada ano acomete um maior número de mulheres — estimados 78.610 mil diagnósticos para 2026 como podem ser observadas as atualizações no site do Inca².

Os significados psicológicos e culturais da mama — atributos da identidade feminina — afetam a autoimagem. As implicações da mutilação decorrente da mastectomia revelam uma representação social dos corpos das mulheres com base em sua funcionalidade, o que descarta a reflexividade da mulher que recebe o diagnóstico e afeta, assim, orientações distintas nas dimensões sociais e psicológicas (Gomes; Skaba; Vieira, 2002; Funghetto; Terra; Wolff, 2003). Quanto à qualidade de vida, sugere-se reabilitação psicossocial, entendida como “reparação” de “outra” imagem corporal, tal como processo de luto, diante da identificação de diferentes estressores, físicos e simbólicos (Silva; Santos, 2008). O anseio pela cura fundado no significado da sobrevivência — da sobrevida — também é estimulado seja na psicoterapia ou nas vivências em grupos de autoajuda (Fernandes; Rodrigues; Cavalcanti, 2004).

2 INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Estimativa 2026: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2026. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/17914>. Acesso em: 3 jun. 2026.

Há relatos de gestações que contribuíram para superar o medo da morte, apesar das recomendações médicas para evitar uma gravidez durante o protocolo de tratamento (Monteiro *et al.*, 2013), ainda que sabido não haver determinantes de gestação sobre recidiva, metástase ou sobrevida (Vieira; Gomes; Trajano, 2005). Cada agência neste processo, cada pessoa, cada mulher, indica responsabilidades afetivas que devem ser consideradas por profissionais na identificação de fatores ansiogênicos (Moura *et al.*, 2010). A mediação de profissionais da saúde nos cuidados — por exemplo, a respeito da sexualidade — é facilitada quando se reconhece a predominância de interditos socioculturais que precarizam “o feminino” (Ferreira *et al.*, 2015).

De sentença de morte, o câncer de mama passou a ser percebido principalmente por seu aspecto mutilador. Sendo assim, a feminilidade torna-se sofrimento social quando o contexto exige um esquema corporal submetido à reconstrução mamária com enchimento, com o objetivo de superar a imagem de mutilação — cicatrizes de uma “batalha” contra o câncer.

A estigmatização da imagem corporal é efeito da “perda” de identidade diante da representação da mama como significado da “essência feminina”. A noção de “mulher” apresenta determinantes na atribuição da feminilidade. E a reconstrução mamária acaba por ser justificada como solução para a autoestima, vinculada à noção de imagem corporal. Se esta noção é uma forma incorporada (Gonçalves *et al.*, 2012, 2014), como avaliar as formas pelas 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?

Constatou-se que as mamas deixam de representar a garantia de feminilidade —representação que, na verdade, é negada, mais ainda quando da recusa ao enchimento. Se as mamas representam a feminilidade, quando não há

enchimento, essa identificação se faz ausente ou há um sentimento de menor valor sobre “ser mulher”? Um corpo sem mamas? A ideia de perda e reparação está sustentada em uma perspectiva de beleza na “inteireza” — uma plenitude — expressa nas mamas? Uma mulher sem mamas não está em conformidade com o gênero feminino?

A recusa ao enchimento — seja por intervenção cirúrgica com prótese de silicone, seja por próteses externas sob a roupa para disfarçar o peito sem mamas — aponta para os efeitos de gênero na estrutura de reconhecimento de nossa sociedade. O reconhecimento incidiu 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).

Isso porque os procedimentos adotados 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 em conjunto a concepções de saúde e doença implicadas em sofrimentos (Canguilhem, 2009, 2011; Foucault, 2014; Grosz, 1994; Csordas, 2008; Kleinman, 1998). Ainda que com o objetivo de amenizar a dor, uma representação da feminilidade parece reforçar enquadramentos num tipo de reconhecimento que leva à generalização de experiências diversas (Dubet, 2010; Butler, 2019; Scott, 1998).

Mostra-se mais coerente, portanto, tratar das representações autoatribuídas sobre feminilidade por mulheres diante da mastectomia, nas diferentes experiências 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 nessas representações, no que se entendeu como ressignificações

denominadas reconstruções da feminilidade. Isso porque há uma rotina de interpelações no processo desde o diagnóstico que implica percepções sobre o cuidado de si (Foucault, 2014).

O sentido da feminilidade foi entendido como um atravessamento com base em uma reflexão proposta por uma abordagem clínica nas ciências humanas, que faz referência a uma historicidade estruturante nas trajetórias de vida diante das implicações do diagnóstico do câncer de mama (Sévigny, 2001; Gaulejac; Márquez; Ruiz, 2005). A relação entre a história de vida e as formas de atribuição da feminilidade será, de diferentes modos, expressa em incorporações e encarnações que constituem um processo de subjetividade singular. Ou seja, são corporificações —movimentos ambíguos, incertos, indeterminados— que colocam em questão o que se entende como plenitude, uma “inteireza”.

Como “[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 deveria interessar a todas as pessoas implicadas, para que se dê valor aos aspectos subjetivos e às interpretações mediadas por valores socioculturalmente construídos. Essa reflexividade para as análises, diante de uma dor desconhecida, levou-me a identificar-me assim: uma “pesquisa/dor/a” implicada nos afetos que atribuem à feminilidade uma hegemonia tal que faz da decisão de “consentir” com a reconstrução mamária quase uma obrigação.

Tudo isso já é evidenciado de modo suficiente há décadas, devido ao desenvolvimento de procedimentos cirúrgicos e pesquisas científicas específicas a respeito do câncer de mama. Isso 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. Nesse contexto, uma análise do projeto de lei que dispõe sobre esse procedimento cirúrgico e suas 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, 2016a, p. 23). Tais considerações orientaram as seguintes questões: as mulheres que participaram desta pesquisa acessaram o direito à reconstrução mamária? Que interpelações se deram até a tomada de decisão sobre os procedimentos cirúrgicos? Tais interpelações apontaram para uma representação de feminilidade que justificou a decisão?

O primeiro capítulo sintetiza aspectos do câncer de mama para refletir sobre as justificações que legitimam protocolos de tratamento, evidenciados como procedimentos “normais”, e aborda também a prevenção e o diagnóstico. Intitulado *Da prevenção ao diagnóstico do câncer de mama: práticas incorporadas*, o capítulo contextualiza as investigações sobre o câncer, o desenvolvimento tecnológico e as explicações que envolvem a “organização” da vida, compondo a complexidade na qual a paciente deve confiar. Essa confiança expressa o que se denominou “cultura rosa”, com vistas a estimular atitudes otimistas justificadas pela eficácia dos procedimentos médicos indicados. Discutiram-se as concepções de saúde e doença para refletir sobre o agenciamento em torno do “cuidado de si” diante das decisões sobre intervenções corporais típicas no contexto desta enfermidade, as quais são incorporadas em um processo de encarnação que implica o atravessamento de uma feminilidade.

O segundo capítulo, intitulado *Feminilidade como sofrimento social: o câncer não é rosa*, adota uma abordagem

epistemológica feminista para compreender uma “localização” da feminilidade nos relatos das mulheres que participaram da pesquisa — um *tropos* que é efeito de representações remontadas com base na demarcação de uma funcionalidade. Embora se mencionem referências além do marco histórico da modernidade, é nesse âmbito que a enfermidade ainda se justifica na fronteira da saúde e da doença sob uma perspectiva de cura, para legitimar um “caráter de batalha” — uma “luta permanente” diante de uma identidade nem sempre desejável: paciente oncológica. Desse modo, a noção de encarnação contribuiu para explicar as múltiplas formas de reconhecimento de um “outro corpo” diante da experiência com a enfermidade que desloca a representação de feminilidade.

Por fim, o terceiro capítulo, intitulado *Reconstruções da feminilidade*, discutiu os atravessamentos da feminilidade nas referências conceituais e discursivas nos projetos de lei brasileiros referentes à reconstrução mamária, suas justificativas e respectivas consolidações. Apresentaram-se, em seguida, os relatos para expor a complexidade expressa nas diferentes experiências. Dessa forma, não há uma feminilidade que represente os desejos das mulheres quando o maior valor se atribui à vontade de estar viva. A feminilidade está para o processo de subjetivação tal qual a fé na vida. Isso provocou, por fim, uma reflexão sobre as diferentes representações de feminilidades.



01 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).

O processo de institucionalização das organizações em saúde e a especificidade do câncer de mama promoveram uma incorporação de práticas que dizem respeito ao cuidado de si. A prevenção desta enfermidade tem uma história vinculada ao desenvolvimento de tecnologias e políticas públicas que parecem garantir uma preservação da feminilidade difundida hegemonicamente. A ideia do diagnóstico precoce incorpora-se ao cuidado de si como responsabilização das mulheres na busca pelo exame mamográfico. Isso poderá ser entendido nos relatos das mulheres que participaram desta pesquisa — das justificativas sobre a observação do próprio corpo e da não negligência ao buscar atendimento médico —,

seguindo as orientações da equipe médica estabelecidas após o diagnóstico de câncer de mama. Entretanto, dessa responsabilização, foram inevitáveis os sentimentos de culpa e pavor intrínsecos à histórica “cultura rosa”, que apregoa o otimismo diante de uma segurança garantida pelos discursos médicos.

A política pública sobre o câncer no Brasil ganhou legitimação constitucional somente em 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Os investimentos em saúde pública voltados ao câncer historicamente competiram com os problemas mais frequentes resultantes das doenças endêmicas de caráter viral e bacteriano. As primeiras iniciativas remontam ao final do século XIX, com a criação de um laboratório de microscopia clínica e bacteriologia para o serviço sanitário do exército, voltado ao estudo microbiológico da sífilis e do cancro (Brasil, 1894)³. O contexto se deu no Rio de Janeiro, então capital do país, por meio da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas, do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dedicada aos estudos sobre doenças transmissíveis e à realização de eventos para discutir a estruturação sanitária, com enfoque na higiene pública, particularmente sobre hanseníase e sífilis (Teixeira, 2012). Tal organização permitia compreender a representação contagiosa atribuída aos “cancerosos”, como eram identificadas as pessoas acometidas pela enfermidade. O DNSP era subdividido em delegacias sanitárias e estava subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores.

O Decreto n.º 14.354, de 1920, que regulamentava o DNSP, elencava as seguintes profilaxias: febre amarela, peste, cólera, tifo, varíola, difteria, infecção puerperal, oftalmia de

3 A história do Instituto Nacional do Câncer José de Alencar (INCA) registra Álvaro Alvin como pioneiro a dispor de um aparelho de radiografia em seu consultório de fisioterapia (1897). Em 1922, o Instituto Radium de Belo Horizonte possuía instalações para tratamento. Uma incorporação da técnica de radiografia teve a contribuição da Liga Baiana Contra o Câncer (1936), formada por sócios da Sociedade de Ginecologia da Bahia, que, com recursos do governo estadual e do Serviço Nacional do Câncer (SNC) construíram um hospital (1952).

recém-nascidos, febre tifoide 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 uma notificação, ainda que não obrigatória, cuja ausência ou irregularidade implicava 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 hygienica contra o cancer” [sic] sob três itens: eliminar causas predisponentes e manifestações pré-cancerosas; atentar para as possibilidades de cura, desde que o diagnóstico fosse precoce e o tratamento adequado; e, por fim, indicar o dever de procurar médico qualificado, diante do risco de charlatanismos.

De modo geral, devido à distribuição de inspetorias e à constituição de delegacias de saúde, foi uma organização policial a orientar as medidas sanitárias nesse decreto. Existiam estabelecimentos para o necessário isolamento visando eliminar contágios — colônias agrícolas, sanatórios e asilos, como elencado no artigo 387. Já no artigo 933, havia uma definição de “indesejáveis” aos imigrantes “cancerosos”. Em 1928, o Decreto n.º 18.384 exigiu, de imigrantes, um atestado negativo para câncer.

No que diz respeito ao tratamento, o DNSP, que passou a ser Departamento Nacional de Saúde (DNS), apresentou um projeto de política pública específica para o câncer, com vistas à implantação de um Centro de Cancerologia no Distrito Federal. Foi por meio de crédito público que o médico Mário Kroeff, nomeado diretor desse centro, aplicou eletrocirurgia sobre tumores cancerosos em 1924, sendo posteriormente reconhecido por dar continuidade à formação de profissionais na área. Segundo Teixeira (2012), desde o início do século XIX, os diagnósticos de tumores eram tratados

paliativamente ou, conforme as lesões, os tumores eram extirpados, com registros de remoções radicais em mulheres: histerectomias, nos casos de câncer de colo do útero, e mastectomias, para o câncer de mama.

Se o câncer era caracterizado como uma doença civilizacional que atingia populações das regiões mais industrializadas, acompanhando o envelhecimento das pessoas, o diretor da inspetoria, Eduardo Rabello, assinalou, em 1928, a necessidade de providências a respeito dos riscos do câncer como problema de saúde pública — o que incluía o aprimoramento de levantamentos estatísticos. Isso foi corroborado, em 1934, por Antônio Prudente, fundador da Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), que acrescentou intenções de campanhas contra a doença⁴. A especificidade no atendimento aos cânceres se deu paulatinamente com a transferência das denominadas “divisões nacionais” para o Instituto Nacional de Câncer (Inca)⁵ — denominação adotada em 1961 para o Instituto de Câncer e Hospital de Cancerosos, fundado em 1925 —, com ações concentradas para a profilaxia e tratamento no Centro de Cancerologia sob a direção de Kroeffer.

Segundo Teixeira (2012), o período da ditadura civil-militar freou a concepção do câncer como problema de saúde pública, fazendo com que a modernização no controle da doença se concentrasse em instituições filantrópicas. Argumentava-se que o câncer, por não ser uma doença contagiosa nem epidêmica, não deveria ser legislado como de

4 Ainda que houvesse um setor de registro de dados sobre cânceres, criado em 1941, na Divisão Nacional do Câncer junto ao SNC, somente no início da década de 1980, já com o Inca, o trabalho de Telma Ruth Silveira sob o treinamento de Alba Lúcia Maya — representante da Organização Panamericana de Saúde (OMS) — foi fundamental para a definição de normas técnico-operacionais aos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e sua posterior obrigação de integração e disponibilização pública por meio de sítio eletrônico.

5 Em 2011, o Inca passou a denominar-se Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, em homenagem ao ex-vice-presidente José Alencar e em reconhecimento às suas declarações otimistas durante o tratamento de câncer.

responsabilidade governamental. Dessa forma, centros especializados — sejam hospitais ou laboratórios —, sem integração com uma perspectiva de saúde pública, contribuíram para a consolidação de um modelo privatista. Esse contexto foi alterado pelo “movimento sanitário” e pelas propostas reformistas da redemocratização, cujo processo constituinte culminou na Constituição Federal de 1988.

O pesquisador também registrou o trabalho de mais de 15 ligas femininas, desde a década de 1950, para a popularização do Papanicolau⁶ — iniciativa que, na década de 1970⁷, contou com o apoio de recursos governamentais para a divulgação de campanhas em prol de uma rotina preventiva. Na luta por reconhecimento como pauta de saúde pública, podem-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, fundamental para a agenda de campanhas.

Foi com o Programa Viva Mulher, projeto-piloto de 1997, que o rastreamento do câncer de colo do útero se sistematizou. Já em 2001, profissionais foram orientados por meio de convênios entre o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais de saúde, com materiais do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama. A informatização dos Registros Hospitalares de Câncer (RHC) e a criação de sistemas como o Siscolo (2001) e o Sismama (2005) representaram avanços na sistematização de dados, ainda que com desafios na efetividade do rastreamento. Esse arcabouço, que

6 Técnica desenvolvida por George Papanicolau, médico grego, em 1942, que consiste na coleta de secreção vaginal para exame celular. Sua contribuição persiste até os dias atuais para o diagnóstico citológico do câncer de colo do útero.

7 Destaque foi dado a Fundação das Pioneiras Sociais (1956), apoiada por Sarah Kubitschek, afetada pela morte da mãe vitimada por um câncer ginecológico, vinculada ao Centro de Pesquisas Luiza Gomes de Lemos, dedicado à prevenção do câncer de colo do útero (1957) e, depois ao Inca (1992).

hoje inclui a vacinação para o *Human papillomavirus* (HPV⁸) — responsável por 99% dos casos de câncer de colo do útero —, com perspectiva de erradicação desse tipo de câncer, foi formalizado pela Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (Lei n.º 14.758/2023).

A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) orienta que a investigação por meio da mamografia se dê a partir dos 40 anos, mas, no caso do SUS, a partir de 2015, o exame antes dos 50 anos passou a ser considerado desnecessário — posição corroborada pela pesquisa coordenada por Migowski *et al.* (2018) para a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec). Os resultados indicaram que essa técnica não apresentou redução significativa da mortalidade geral em um acompanhamento de 13 anos: uma diferença de 0,05% no risco de morte. O estudo afirmou ainda que a exposição à radiação decorrente da mamografia anual, dos 40 aos 80 anos, contribuiria para 20 a 25 casos fatais de câncer⁹. Conclui-se ser mais comum a ocorrência de resultados falso-positivos, além da possibilidade de sobrediagnóstico e sobretratamento — ou seja, diagnósticos e tratamentos desnecessários. Em resumo, as pesquisas apontaram maior benefício na faixa etária de 60 a 69 anos e menor entre 40 e 49 anos, e que a maior parte dos falso-positivos ocorre em mulheres mais jovens, em razão da maior densidade mamária, o que dificulta a interpretação das imagens mamográficas.

8 O projeto de lei da deputada Maria Elvira (PMDB/MG), de 1997, foi aprovado como Lei nº 9.797, de 1999, que dispôs sobre a cirurgia plástica reparadora da mama decorrente de mutilação. Importante dizer das diretrizes sobre a complexidade com a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) — Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos (2005) e o Pacto pela Saúde (2006) a definir a participação das instituições para estabelecer prioridades, objetivos e metas por meio de indicadores de monitoramento e avaliação, que passou a ser denominado Pacto pela Vida (2008).

9 Para justificar tal conclusão, o estudo considerou ensaios clínicos de uma pesquisa publicada em 2014 no Canadá, com acompanhamento de 25 anos, em que se confirmou que 50% das detecções mamográficas foram sobrediagnósticos. Em uma pesquisa de 2016, exclusivamente em mulheres entre 40 e 49 anos, 100% foram considerados sobrediagnósticos, enquanto entre as de 50 a 59 a detecção se deu em 44% das mulheres.

A controvérsia sobre a redução da mortalidade por meio do rastreamento mamográfico persiste, e a recomendação visa evitar os riscos da exposição à radiação, que é maior considerada a densidade da mama. Em 2025, o programa de governo Agora Tem Especialistas anunciou, em 23 de setembro, a garantia da mamografia conforme decisão conjunta com profissional de saúde. O limite do rastreamento bienal, antes fixado aos 69 anos, foi ampliado para 74 anos. Isso não elimina a controvérsia, que permanece entre a pressão por diagnóstico precoce e agressivo, os riscos comprovados do rastreamento excessivo e, principalmente, as desigualdades territoriais no acesso ao rastreamento. Ou seja, enquanto há pessoas que nunca fizeram a mamografia, muitas excedem a quantidade recomendada (Migowski, 2025).

Conforme a pesquisa de Gayle Sulik (2011), o contexto de constituição do que a autora chamou de *pink ribbon culture* se fez com a patente da fita rosa pela Fundação Susan Komen — ícone para a promoção de corridas nos anos 2000. Essa “cultura rosa” se fortaleceu com o *marketing* das corridas que, segundo dados de 2007 apresentados por Sulik (2011), arrecadou por volta de US\$ 250 milhões. Foram oito anos de observação etnográfica, análises e entrevistas com sobreviventes, apoiadores, defensores e cuidadores no contexto estadunidense, a partir dos quais a pesquisadora identificou uma mobilização que se instaurou como uma cultura preventiva por meio da incorporação do exame mamográfico como prática pública de consumo. Para Sulik (2011), na década de 1970, essa promoção contribuiu para uma dependência das mulheres em relação 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 sentença de morte, ao maximizar benefícios e minimizar os custos, Sulik problematiza a promoção de uma mística

feminina. Uma quantidade substancial de recursos para programas de apoio foi mobilizada com base na representação de sobreviventes como símbolos de luta ou vitória. Ao expor corpos com cicatrizes e normalizar o uso de perucas, maquiagem, sutiãs com enchimento e a reconstrução mamária, tal promoção contribuiu para remover o estigma da doença. A esfera pública “recebeu” com otimismo a sobrevivência e o orgulho da transformação, mesmo diante de um “perigo mortal”.

Considerando importante o reconhecimento desse tipo de campanha, Sulik (2011) 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, o uso de pesticidas e os compostos endócrinos na produção alimentícia. Sua análise demonstrou de que modo a “cultura rosa” contribuiu para “estabelecer um consenso simbólico sobre como lidar com o câncer, criando garantia diante da incerteza”¹⁰ (Sulik, 2011, p. 75). Tal consenso normalizou expectativas e estereótipos de gênero sob as noções de iniciativa, controle, racionalidade e *performance*, levando à submissão aos métodos agressivos de tratamento. “O *kitsch* rosa produz visibilidade e compensa o medo” (Sulik, 2011, p. 142), justificando e ajustando expectativas pessoais e sociais acerca dos papéis e das responsabilidades que, em potencial, atribuem 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).

Somam-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,

10 Todas as traduções de excertos de obras referenciadas em idiomas que não o português são tradução da autora, salvo quando expresso o contrário.

conforme apontou Celmira Vásquez (2017) ao tratar da invisibilização de experiências não homogeneizadoras. Isso 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 o 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, sensuais e femininas (Vásquez, 2017, p. 1349, grifo nosso).

Como apontado por Samantha King (*apud* Sulik, 2011), uma economia política do câncer de mama, sob um discurso “comemorativo” de sobrevivência — intrínseco a um incentivo de comportamento individual de coragem —, beneficiou corporações que visavam uma filantropia corporativa estratégica, cooptando, assim, o movimento do câncer de mama para uma indústria do câncer. Deste modo, afastou a atenção sobre as causas ambientais, sistêmicas e sobre o contínuo declínio do financiamento público 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 nosso).

Especialmente para eliminar o estigma da doença, identificou-se, na figura da sobrevivente, uma abordagem estética voltada à preservação de uma feminilidade tradicional, tornando conveniente evocar, associadas à cor rosa, ideias de bondade, moralidade, beleza e nutrição. Assim, consolidava-se a confiança na ciência médica como fundamento da esperança de um futuro sem câncer de mama. A década de 1990 consolidou uma retórica que obscureceu o impacto concreto da enfermidade sobre as mulheres:

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 (2011) apontou que o debate sobre barreiras estruturais e conflitos de interesse relativos ao acesso aos tratamentos e cuidados de qualidade era minoritário, além de destacar a necessidade de mais recursos para viabilizar protocolos mais seguros e eficazes.

Assim, o câncer de mama configura-se também como sofrimento social, mas as campanhas de prevenção frequentemente o particularizam ao atribuir às mulheres responsabilidade individual pelos cuidados exigidos por uma rotina médica nem sempre compatível com o cotidiano. A feminilidade dominante e socialmente exaltada operou, ainda que simbolicamente, interferindo nas decisões sobre prevenção, diagnóstico e até tratamento da

enfermidade. em contraposição aos argumentos da “cultura rosa”, Sulik (2011) mencionou as experiências de Rose Kushner, Audre Lorde e Barbara Ehrenreich como reflexões críticas pouco representativas e, por isso, minimizadas diante da hegemonia otimista que marcou a expressão social do câncer de mama.

Em 1975, a jornalista Rose Kushner, publicou *Câncer de mama: um relatório de investigação e história pessoal* (tradução nossa), obra na qual relatou a experiência iniciada com seu diagnóstico, em 1974. Segundo Lerner (2001) e Sulik (2011), a consolidação da biópsia diagnóstica deve ser reconhecida também à luz do ativismo de Kushner, que insistiu para que profissionais médicos encaminhassem casos para análise prévia, questionando a adoção automática da intervenção cirúrgica radical, dado o seu caso que identificou um tumor de um centímetro sem comprometimento maligno dos linfonodos axilares.

Argumentava-se, então, haver uma conspiração masculina contra as mulheres, uma vez que muitas eram submetidas à mastectomia radical sem avaliações pormenorizadas disponíveis à época. Esse cenário também se evidencia no contato de Kushner com Betty Ford, então primeira-dama dos Estados Unidos da América (EUA), na tentativa de evitar a aceitação imediata da mastectomia radical. Quando foi atendida por um representante — Milton Friedman, economista ligado ao governo —, recebeu a seguinte resposta: “Sinto muito. O presidente tomou sua decisão” (Sulik, 2011, p. 179). Enfurecida com a “sordidez-chauvinista-masculina”, escreveu: “Esta ligação tem que ser gravada em algum lugar como a declaração mais sexista de todos os tempos sobre a falta dos direitos da mulher” (Sulik, 2011, p. 179). Segundo Mukherjee (2010), Kushner enfrentava forte resistência em muitos círculos médicos, apesar de estabelecer parcerias importantes, como com o Instituto Nacional do Câncer

(National Cancer Institute [NCI]), e também criticou a prostatectomia radical, procedimento que comumente levava à incontinência urinária e à impotência. Para Sulik (2011), como cofundadora da Aliança Nacional de Organizações de Câncer de Mama, fundada em 1986, Kushner fortaleceu a defesa da avaliação criteriosa e do suporte social às mulheres diagnosticadas.

Por sua vez, *Os diários do câncer*, de Audre Lorde, publicado em 1980, relata a insatisfação da autora diante da tentativa de uma voluntária do *Reach to Recovery* submetê-la ao uso de uma prótese externa cor-de-rosa logo após a cirurgia, ainda no ambiente hospitalar. Em consulta posterior, Lorde relatou como a interpelação da secretária da clínica médica, ao aconselhá-la a não comparecer sem a prótese, diante da “falta” de um enchimento, fez com que se sentisse como se tivesse cometido um atentado contra a moral.

A jornalista Barbara Ehrenreich, em artigo de 2001 intitulado *Welcome to Cancerland*, denunciou o que denominou um *ethos* de normalização do câncer, marcado pelo estímulo a uma experiência positiva, invejável e vitoriosa. Segundo essa crítica, haveria cumplicidade com um envenenamento global, uma vez que são escassas as políticas voltadas às questões ambientais, especialmente no que se refere às condições alimentares e de trabalho.

Como analisou Celmira Vásquez (2017), constituiu-se um movimento social em torno do câncer de mama; no entanto, tratou-se de um movimento de consenso, baseado em estratégias pacíficas de reivindicação por apoio público, institucional e financeiro, caracterizando-se, essencialmente, como assistencialista.

As metáforas bélicas são difundidas por meio de estratégias educativas em torno do empoderamento e do otimismo diante do processo saúde-doença. A luta contra o câncer de mama passa a enfatizar o otimismo da sobrevivente,

em vez de evidenciar condições de vulnerabilização, remetendo à responsabilidade individual de dar seguimento aos cuidados diante do diagnóstico.

As diretrizes brasileiras para a atenção ao câncer de mama apresentam abordagem multifatorial, expressa 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 com o Ministério da Saúde. Como o câncer de mama ocupa posição de destaque entre as principais causas de morte por neoplasias malignas entre mulheres, incluem-se entre essas estratégias o tratamento de 100% das mulheres, bem como a continuidade da cobertura mamográfica e da prevenção por meio dos incentivos a uma alimentação rica em hortaliças e frutas, à prática de atividades físicas e à eliminação do tabagismo e do consumo de álcool.

Com o avanço tecnológico ainda por garantir a eficácia no tratamento, o câncer de mama, como doença crônica, acarreta limitações e incapacidades.

Para além dos impactos sobre a qualidade de vida, as legislações específicas que dispõem sobre a reconstrução mamária mencionam a autoestima como fator central na justificativa para a reabilitação, como se observa nos projetos de lei posteriormente alterados não apenas para o atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Lei n.º 9.797/1999, mas também para os planos privados de saúde, na Lei n.º 9.656/1998. Tais questões serão discutidas adiante, quando a feminilidade será analisada conforme as justificações presentes nesses projetos de lei, para refletir sobre a garantia do atendimento oncológico.

1.1 CUIDADO DE SI E RESPONSABILIZAÇÃO PELO CÂNCER DE MAMA

A relação indissociável entre saúde e doença pode ser compreendida nos dualismos constitutivos das explicações científicas — marcadamente oriundos 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 outra cultural, que passou a expressar um substrato ético na constituição de uma cultura somática, conferindo à autoridade médica a definição das formas de trabalho sobre si mesmo. O mesmo pode ser atribuído às demais disciplinas científicas que tratam do corpo, as quais, 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 a perspectiva da Sociologia do Corpo — campo que justapõe diferentes ciências —, analiso aquilo que é incorporado como ação e prática social no interior de uma ordem biológica e de uma ordem cultural, podendo ser traduzido em regras, obrigações, interditos, repulsões, desejos, gostos ou desgostos.

Reflete-se sobre os sentidos atribuídos pelas participantes da pesquisa, na condição de pacientes, diante da agência necessária ao cuidado de si, ao reconhecimento da doença e ao próprio processo de adoecimento. Isso porque, como afirmou Michel Foucault (2014), a subjetividade, pensada como qualidade em processo, constitui expressão da moral das condutas e dos esforços por meio dos quais a aplicação de si pode permitir-lhe sujeitar-se a regras e finalizar sua existência. Desse modo, a análise de processos de incorporação, que vão compor processos de subjetivação, implica técnicas da vida, expressas em práticas corporais que serão orientadas visando uma normalização dos cuidados, como expressão de 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 diagnóstico de câncer, ao protocolo de tratamento que irá, do mesmo modo, ser incorporado para “conquistar a batalha” contra a doença.

As orientações para as intervenções cirúrgicas — intervenções no corpo, seguidas ou não por outras terapias — implicam múltiplos atravessamentos, rotineiramente evidenciados nos exames da paciente oncológica. Identificar-se como paciente contribui para o agenciamento necessária à adesão ao protocolo e expressa uma responsabilidade sobre si mesma. Desse modo, práticas de si denotam uma subjetividade corporificada que constitui encarnação da inseparabilidade entre corpo, alma e mente, bem como entre o desconhecimento e o reconhecimento de uma comunhão que confere sentido à estima de si (Selgas, 1994; Ricouer, 2014).

No processo de adoecimento, o sofrimento assume características específicas no reconhecimento da doença e nas questões intersubjetivas que atravessam a experiência

interpessoal (Kleinman, 1998). Por isso, uma reflexão de caráter processual sobre as relações entre saúde e doença permitiu-me compreender as transformações nos sentidos da vida diante das intervenções no corpo.

Receber o diagnóstico de uma enfermidade implica redefinir o sentido da vida e, conforme o processo de adoecimento, reconhecer, como afirmou Georges Canguilhem, que o estado mórbido constitui uma maneira específica de viver:

[...] 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).

Reconhecer a doença significa enfrentar a normatividade da vida, ou seja, a materialização de uma “nova ordem vital”, que expressa uma capacidade normativa para ter saúde, ainda que em coexistência com a doença. Entretanto, “não 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); torna-se evidente, ainda, o quanto a saúde passa a ocupar lugar de “ordem” nas preocupações do sujeito contemporâneo (Courtine, 2011).

Sofrimentos como a dor deixam de ser aceitáveis, e, uma vez considerados evitáveis, alteram o modo de lidar com o processo de adoecimento. Mesmo no âmbito da cura, a nova condição de saúde não corresponde à anterior, pois, seguindo Canguilhem, há perdas essenciais para o indivíduo, ao mesmo tempo em que ocorre o “aparecimento” de uma “nova ordem”, de uma “nova norma” individual, de novas constantes, como observa o autor:

[...] 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 nosso).

Com o diagnóstico, instaura-se uma normalização que exige autoidentificação como paciente, bem como paciência para submeter-se a normas expressas em protocolos. Quando Canguilhem problematizou a separação entre o normal e o patológico como questão central para compreender a saúde, afirmou sobre esta se define pela capacidade de instituir múltiplas normas, de situar-se para além do normal ou de desviar-se da norma, em vista 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 representa linha ténue entre formas de lidar com o tratamento, largamente orientadas para a cura, exigindo experiência reflexiva sobre os discursos acerca do câncer de mama. De modo geral, as práticas sociais mobilizam, nas metáforas da enfermidade e nas orientações para prevenção e tratamento, representações de cuidado de si atravessadas por justificações sobre a feminilidade. Nesse sentido, a feminilidade constitui constructo significativo na atribuição de sentidos de saúde ou doença diante da visibilidade das intervenções, dos efeitos do tratamento e das sequelas corporais.

Diante de diferentes condições de desvio e normatividade, trata-se de vivências às quais foram atribuídos novos sentidos a partir do diagnóstico. Na intersubjetividade reside o reconhecimento de responsabilidades mútuas entre pessoas que, ora são enquadradas como agentes, ora como pacientes, nesse processo de adoecimento (Ricouer, 2014; Butler, 2019).

Se o adoecimento é um fenômeno constituído por articulações de enunciados que visam orientar as práticas sociais dos sujeitos, o processo de subjetivação envolve o agenciamento de experiências capazes de produzir representações que contribuam para justificar as atribuições relativas às demandas por intervenções corporais. Tal justificação diz respeito aos sentidos atribuídos por meio de normativas implicadas em questões morais, médica e política, entre outras. Essas questões são inseparáveis ao se avaliar um estilo relacional do sofrimento (Kleinman, 1998) institucionalizado, em alguma medida, por protocolos e diretrizes que visam “restabelecer” a saúde.

Ainda que uma determinada porção do mundo experimentado seja privada, outra parte é social e comum, podendo ser formulada cientificamente a fim de analisar as transformações inerentes à reconstrução de si e da sociedade (Mead, 2021). Logo, a intersubjetividade constitui a forma pela qual se estabelece a relação com o ambiente.

Na análise da formação da autoconsciência humana, a dimensão social vincula-se ao processo de constituição da consciência de si, dependente da existência de outro sujeito, cuja interlocução oferece a possibilidade de percepção autoconsciente da própria ação a partir da perspectiva alheia. Com base na teoria da intersubjetividade de George Mead (2021), nesse processo de interação apresentam-se duas dimensões do sujeito, o “Me” e o “Eu”, em diálogo constante. O “Me” sintetiza a imagem que o interlocutor projeta sobre o sujeito, como dimensão relativamente estabilizada, enquanto o “Eu” compreende as possibilidades criativas de resposta a problemas práticos.

Assim, a consciência relaciona-se a valores e experiências passadas que lhe conferem forma; há racionalização, pois existe atribuição de valor. Nesses 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 atos, 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, desse modo, está implicada nas representações de saúde e nas justificações expressas em torno do “cuidado de si”, entendido como efeito de um conjunto de dispositivos apropriados e incorporados, consciente ou inconscientemente, nas práticas corporais. A incorporação do protocolo preventivo em prol da detecção precoce integrou os “exames de rotina” reletados pelas participantes, ainda que se observassem diferenças entre os atendimentos nos setores público e privado de saúde, sendo este último acessado por meio de planos de saúde e/ou recursos particulares. Tais diferenças manifestaram-se no encaminhamento para exames após a consulta clínica — como ultrassonografia, mamografia, ressonância magnética e/ou biópsia — e no tempo de espera

pelos resultados desses exames para o diagnóstico e a definição do procedimento cirúrgico.

Dentre as dez participantes da pesquisa, sete afirmaram a prática do autoexame entre as estratégias de monitoramento adotadas, embora tenham buscado atendimento médico após a percepção de caroço ou nódulo, como relataram Carla (32), Carolina (34), Raquel (34), Elisa (35), Nélida (37), Virginia (43) e Cora (54)¹¹. Um “achado” por meio de exame mamográfico “de rotina” ocorreu nos casos de Clarice (41), Lygia (46) e Adélia (56). O quadro abaixo ilustra esse percurso até o diagnóstico, visando discutir as práticas de prevenção relatadas.

Quadro 1: Dados sobre o diagnóstico do câncer de mama

NOME	IDADE/ 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

¹¹ Nomes fictícios inspirados em escritoras, Carla Diacov, Carolina Maria de Jesus, Rachel de Queiroz, Elisa Lucinda, Nélida Piñon, Virginia Woolf, Cora Coralina, Clarice Lispector, Lygia Fagundes Telles e Adélia Prado.

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).

Carla¹² tem 38 anos, é profissional da saúde e recebeu o diagnóstico aos 32 anos, em 2016. Relatou que, por atuar na área gestacional, dedicava olhar cuidadoso às mamas. Ao lidar com uma mastite na mama esquerda durante a amamentação de seu segundo filho, aos 11 meses, percebeu o aumento de um nódulo. Diante dessa observação, solicitou à médica que acompanhava a mastite um exame de ultrassonografia e, durante o procedimento, foi orientada a procurar um mastologista.

12 Entrevista concedida em 29 de julho de 2020, em Montes Claros.

No ultrassom, segundo relatou:

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 ***¹³. 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-RADS¹⁴, 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 é uma coisa que a gente não quer ler, não é? O tamanho do nódulo era bem grande. Já estava com quase quatro 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 dentro do carro] 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 retrainar naquele sentimento, naquela angústia, porque os meninos estavam atrás. 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 nosso).

13 Utilizou-se *** para preservar a identidade de profissionais mencionados.

14 BI-RADS (Breast Image Reporting and Data System) é um sistema padronizado de classificação de achados em exames de imagem mamária, utilizado para orientar o laudo da mamografia.

O diagnóstico, conforme o relato de Carla, expressa a fronteira entre saúde e doença, como passagem para um processo, até então, indeterminado, o que gerou sensações de imobilização e angústia. Não se trata ainda do adoecimento em sua experiência concreta, mas de um código que anuncia a gravidade potencial da condição futura.

Carolina¹⁵, 37 anos, comerciante, recebeu o diagnóstico aos 34 anos, em 2017, ao sentir um caroço que atribuiu ao avanço de cistos identificados por ocasião da inserção de próteses nas mamas, cinco anos antes. À época, seus filhos tinham 2 e 4 anos e havia amamentado ambos. Ficou assustada com o tamanho do tumor por não tê-lo detectado pelo, o que a deixou ansiosa quanto à necessidade de identificar a “fase” de desenvolvimento da doença — preocupada com a importância da detecção precoce que, no sistema de saúde público, sedava por meio do exame clínico das mamas durante o atendimento ginecológico. Carolina foi interpelada pela equipe médica sobre a não identificação durante sua rotina de prevenção junto ao serviço de ginecologia, o que a deixou ainda mais assustada com o tumor de 4,5 centímetros.

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**

15 Entrevista concedida em 24 de setembro de 2020, em Montes Claros.

já tinha um tumor de quatro 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 quatro centímetros e meio na mama! Quatro 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 dois 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 cinco 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 confênência 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 nosso).

Entre nódulos, caroços e a incerteza sobre o acometimento maligno em tumores, a medicina parece insuficiente diante da “invasão” do câncer na vida das pessoas, pois a própria condição do corpo se revela incerta. Ter o exame mamográfico como indicação para o diagnóstico sem o enquadramento do fator idade levou Carolina buscasse a buscar respostas na *internet*, onde logo se viu afetada pelos relatos de sobrevivência. A “sentença de morte” ainda está para o câncer tanto quanto a esperança para o tratamento.

Em contraste, para Raquel¹⁶, também com 37 anos, babá e trabalhadora em serviços domésticos, a esperança era conseguir um diagnóstico — ela 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 o resultado dos exames clínicos não justificavam tal necessidade. Foi nesse contexto que relatou ter aproveitado uma mudança de médico na atenção básica de saúde para insistir em uma cirurgia de retirada do nódulo. Sem mamografia e sem biópsia, foi realizado um procedimento cirúrgico de retirada de três nódulos que não foram encaminhados para análise. Passados três

16 Entrevista concedida em 4 de março de 2021, em Montes Claros.

anos, em 2017, nova avaliação por outro especialista constatou que o protocolo anterior havia sido equivocado. Nesses exames foram identificados 21 nódulos e, realizada a biópsia, foi confirmada a malignidade. Raquel seguiu tratamento quimioterápico e radioterápico. Logo após, foram identificados nódulos no pulmão e nova análise confirmou metástase. A ansiedade em relação a um tratamento que considerou insatisfatório em todas as etapas manifestava-se sobretudo 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 nosso).

Atribuir responsabilidade a Raquel sobre o procedimento a que foi submetida diz respeito ao que se almeja na universalização do protocolo de rastreamento. Esse episódio expressa o sentimento de culpa que recai sobre as mulheres a respeito dos exames preventivos e diagnósticos — e, no caso de Raquel, também dos procedimentos que foram negligenciados, como se ela pudesse ter circulado por outros profissionais da saúde para obter uma “segunda opinião”.

Elisa¹⁷, 39 anos, farmacêutica e advogada, acompanhava sua saúde mamária desde os 30 anos por sentir nódulos que considerava estranhos; o mastologista havia confirmado a normalidade — o que sentia eram as glândulas de mamas densas, condição atribuída ao fato de nunca ter amamentado. Foi no contexto de planejamento para engravidar que, em sua rotina semestral com o mastologista, solicitou-se uma ultrassonografia e, a partir do laudo, realizou-se uma biópsia. Conforme seu relato, a espera por esse resultado foi o período de maior sofrimento, por ansiar “ouvir” o diagnóstico e, assim, ser encaminhada para um tratamento visto como a garantia de acesso aos procedimentos necessários.

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 aí, 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

.....
17 Entrevista de pesquisa concedida em 22 de setembro de 2020, na cidade de Montes Claros.

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: “Aí, 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 descí 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 nosso).

Na rotina do exame mamográfico iniciada aos 40 anos, Clarice¹⁸, profissional de saúde e educadora, foi surpreendida no ano seguinte, aos 41 anos, com a indicação de possível malignidade conforme a classificação identificada no laudo do exame, e agendou uma ultrassonografia e uma biópsia. A incorporação da prevenção por meio da mamografia significou uma "vigilância" das mamas —segurança que somente foi abalada quando o nome da doença foi pronunciado.

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 enfermeira 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 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 nosso).

Após o tratamento, Clarice admitiu uma responsabilidade pessoal que poderia ser associada à causa da enfermidade, vinculada a práticas de autocuidado que ela própria avaliou como inadequadas.

18 Entrevista concedida em 13 de dezembro de 2019, em Montes Claros.

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 nosso).

Virginia¹⁹, 64 anos, especialista em recursos humanos, aposentada, destacou seu autocuidado por meio da observação e do toque das mamas, da alimentação equilibrada e da prática de atividades físicas. Sentiu um caroço e, durante o exame ginecológico, recebeu a indicação de uso de suplemento vitamínico; como não houve alteração durante o período, foi encaminhada a um mastologista. Tinha 43 anos, em 2000, e recorda a punção — técnica de coleta de material para análise — 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 e estimular a confiança 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: "Olha, eu acho que isso é só

19 Entrevista concedida em 6 de dezembro de 2019, em Montes Claros.

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. *** 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 nosso).

Assim como Clarice, ao seguir a rotina com o exame mamográfico, Lygia²⁰, 50 anos, professora, teve o diagnóstico aos 46 anos, em 2017. Suas filhas já tinham 19 e 25 anos à época. Recorda o período de três meses em que cuidou da mãe, então em fase avançada de Alzheimer, como a fase mais crítica — aproximadamente 100 dias sem descanso,

20 Entrevista concedida em 24 de outubro de 2020, em Montes Claros.

concomitantemente às atividades profissionais. O diagnóstico chegou como um “choque” diante de uma rotina que considerava saudável, e Lygia atribuiu a si mesma a responsabilidade por não ter dedicado tempo ao autoexame — sequer ao toque das mamas. A responsabilização individual se reitera.

[...] 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 três 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 nosso).

Professora aposentada desde 2015, Cora²¹ recebeu o diagnóstico aos 54 anos, em 2019, depois de perceber uma retração no bico do peito, uma assimetria entre as mamas e um caroço próximo da axila. A responsabilização individual se manifestou quando afirmou que deveria ter identificado com antecedência qualquer alteração nas mamas.

Só para você ter uma noção! Deixa eu te contar! Eu assim, **eu sou professora de *** por 25 anos, não é? Falava muito sobre o tema, muito sobre o assunto. E de repente, até hoje eu não me perdoo 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 descubro 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 [se refere ao trabalho formal]. 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**

21 Entrevista concedida em 3 de outubro de 2020, em Montes Claros.

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 caroço 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: “Cora, 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 nosso).

Adélia²², fisioterapeuta, 59 anos, já realizava acompanhamento regular devido a um histórico de cistos nas mamas. Realizava o exame mamográfico pelo sistema privado e, ocasionalmente, pelo público — como ocorreu em campanha de prevenção em praça pública, o já mencionado Outubro Rosa. Disse não sentir nenhum nódulo. Guarda a lembrança do período da separação conjugal até a leitura do laudo mamográfico. Assim como Clarice, viu a classificação da doença no laudo e, surpreendida, entrou em contato com o médico mais próximo para solicitar um ultrassom; o médico, ao observar o laudo, a orientou a agendar atendimento na mastologia. Ansiosa, não quis ir para casa nem contar à filha, e foi ao encontro de amigas, que a orientaram sobre a importância dessa comunicação. Adélia estava preocupada com o sofrimento da filha. A amiga chorava, e ela “desabou” quando no encontro com a filha. Ainda que não tenha gestado, Adélia tem um filho e uma filha que ficaram sob 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 nosso).

22 Entrevista concedida em 4 de agosto de 2020, em Montes Claros.

Para Nélida²³, sentir uma forte dor no peito coincidiu com os impactos de uma situação jurídica que envolveu a separação e a guarda da filha, então com quatro anos, em 2009. A situação jurídica foi protelada em razão do tratamento que se seguiu à mastectomia. Sentir forte dor e estar sozinha ao receber o laudo levou-a a recordar de diversas situações decorrentes dos procedimentos subsequentes.

[...] 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 positivas, já sabiam que eram positivas. 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

23 Entrevista concedida em 4 de agosto de 2020, em Montes Claros.

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 nosso).

A responsabilização enquanto culpa pelo diagnóstico do câncer aparece na maioria dos relatos — seja pela negligência do autoexame, das rotinas de prevenção médica ou da adoção de um estilo de vida saudável, incluindo a alimentação. Ter incorporado práticas de prevenção, do autoexame ao exame clínico, garantiu um sentimento de segurança. As justificativas expressas diante do diagnóstico relacionaram-se à rotina de acompanhamento médico, à qualidade de vida — práticas de atividade física, alimentação e sono —, e à maternagem, incluindo ter amamentado ou não. São essas práticas de si, implicadas em um processo de subjetivação, que desestabilizam uma representação de feminilidade estabelecida e alinhada à visão hegemônica, como será discutido adiante.

Em síntese, a percepção de cuidado de si se expressou, mais particularmente, na incorporação de lógica preventiva associada às políticas públicas de saúde como etapa de cumprimento dessa responsabilidade, especialmente por meio do rastreio mamográfico. Entretanto, oito das dez mulheres sentiram e observaram alterações nas mamas, mesmo entre as que seguiam rotina mamográfica, razão pela qual buscaram profissionais da saúde e foram encaminhadas à devida investigação. Não se verificou rotina com a mastologia, sob a justificativa, por parte dos profissionais, da idade inferior a 40 anos, para Carla (32), Carolina (34), Raquel (34) e Nélida (37). As exceções foram Carolina, que realizou consulta aos 29 anos para laudo de aprovação de inclusão de prótese mamária, e Elisa (35), que realizava seguimento semestral com exame clínico devido aos nódulos nas mamas, ambas por meio de atendimento privado.

Nesse contexto, por meio da rotina anual mamográfica, somente Adélia (56) recebeu o diagnóstico; ela fazia seguimento de cistos mamários há muitos anos, sem especificar quando iniciou o acompanhamento, mas confirmando que foi aos 40 anos. Clarice (41) e Lygia (46) seguiam rotina mamográfica, mas a suspeição se deu pelo toque — o mesmo ocorreu com Virginia (43) e Cora (54), que identificaram alterações na mama. O autoexame está incorporado.

Os relatos expressaram perspectiva de autocuidado, também para a experiência com a enfermidade, mais particularmente o acesso às informações por meio da divulgação em campanhas. No entanto, diante das evidências de cura em mais de 90% dos casos de detecção precoce²⁴, é possível depreender dos relatos que há uma governabilidade que se fundamenta na atribuição de responsabilidade individual para a prevenção.

O cuidado de si, expresso nas campanhas de prevenção e demais orientações médicas, acaba sendo entendido como autocuidado. No entanto, a qualidade de vida depende de complexidade de fatores: rede de apoio vinculada ao trabalho formal, condições socioeconômicas, tempo dedicado à alimentação adequada, qualidade do sono e relações familiares, vinculadas ou não à maternagem. É imprescindível, diante das controvérsias sobre as “causas” da doença, que as orientações sobre a prevenção não confundam autocuidado com este “cuidado de si” incorporado.

24 A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) divulga em notícias no seu portal tal evidência e, mais particularmente no ano de 2017, foi publicado o artigo “Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria para o rastreamento do câncer de mama”, no qual foram atualizadas as recomendações publicadas em 2012 (Urban *et al.*, 2017).

1.2 DA INCORPORAÇÃO DAS PRÁTICAS CORPORAIS AO DIAGNÓSTICO DA FEMINILIDADE

A reflexão feita neste livro sobre o cuidado de si deu-se de um modo intrínseco à “batalha” contra o câncer, expressão que faz referência histórica a controle indireto sobre normalidade representada no discurso da cura (Mukherjee, 2010). Há condução para obedecer às orientações da equipe médica e o desenvolvimento de discurso sobre a capacidade individual na regulação da própria vida, implicada na disponibilidade de rede de apoio.

Ou seja, de modo geral, considerados os relatos das colaboradoras, há “uma intensificação das relações sociais” (Foucault, 2014, p. 69) para o cuidado de si. Não obstante, sendo o cuidado de si prática social que incorpora protocolo de prevenção, impõe-se ação permanente para desenvolver novas práticas que não devem ser pensadas de forma isolada — nem como responsabilidade exclusivamente individual. Entretanto, não é o que percebo pelos relatos, pois a culpabilização individual acaba sendo o efeito das expressões sobre 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 nosso).

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 nosso).

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 nosso).

Dessa responsabilização individual há desconsideração de 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 constitui-se por meio da redução do corpo humano a constantes morfológicas e funcionais, dotada de 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, sugeri que as orientações sobre as práticas em saúde não deveriam se limitar à 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). Ademais, uma incorporação de práticas de prevenção está implicada também no desenvolvimento de legislação pertinente ao câncer de mama, como será discutido em seção posterior, coerente com as menções sobre a feminilidade que, de algum modo, foram relatadas 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 expressos que podem se relacionar com uma forma discursiva que atribui um “lugar” para um tipo de feminilidade. Soma-se, ainda, uma perspectiva otimista associada à simbologia “rosa” das campanhas, o que contribui para uma autodisciplina contrária à perspectiva de integralidade preconizada nas políticas de saúde, um dos princípios estabelecidos no SUS assim como a universalidade e a equidade.

Uma perspectiva complexa para o atendimento que cumpra com o protocolo estabelecido, conjugada aos direitos ao tratamento e à reabilitação, vai interferir no que é dito a respeito da feminilidade, mais particularmente quando associada à autoestima. Se não há uma perspectiva complexa, não há o alcance da integralidade. A integralidade, então, ao tratar da complexidade da relação saúde-doença, ao associar a autoestima a uma representação normativa de feminilidade, tende

ao constrangimento. Isso porque a intervenção cirúrgica para a extirpação do tumor vai representar 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 cumprimento do protocolo médico pelas mulheres está apoiada em uma incorporação de significantes. Se a autoestima vai corresponder a integralidade, a feminilidade estará associada à complexidade das definições de saúde e de doença. Tal complexidade pode ser verificada na própria etimologia da palavra saúde, que agrega uma variedade de 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 (Lauretis, 1994; Butler, 2016a). Daí, recorreu-se a uma dialética de significados e significações para analisar a dimensão intersubjetiva e política da representação de “si mesma” no contexto do câncer de mama. Na fronteira entre a saúde e a doença, muitos significados se deslocaram na experiência do tratamento e da reabilitação 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 identificada no processo, fazendo movimentar significados de vida, morte, dor, trabalho, amor.

Noticiado o diagnóstico, as escolhas referentes aos procedimentos cirúrgicos, químicos e radioterapêuticos durante o tratamento são associadas às evidências correntes no campo científico de dado período, às tecnologias disponíveis, à equipe e infraestrutura hospitalar, assim como às condições clínicas individualizadas conforme o diagnóstico da enfermidade e do

acesso financeiro. Todas as associações têm a feminilidade como “atravessadora” na “batalha” contra o câncer, sendo relevante, 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, 2016b, p. 15). Nesse sentido, uma nova ontologia social, inerente a uma ética que reconheça os relatos de si (Butler, 2015), pode se constituir a partir da avaliação das justificações sobre as autoatribuições de feminilidade.

As experiências relatadas foram interpretadas considerando tanto um atravessamento da feminilidade na construção de uma significância do “corpo próprio” (Birman, 1999) quanto um “corpo interior” (Zanello, 2018). A corporeidade é indeterminada e há uma retórica da transformação que dá sentido ao sofrimento numa “constante reconstituição do *self*”, incluindo as possibilidades não apenas para a mudança criativa em algumas sociedades, mas para a variação intercultural de graus na própria auto-objetificação” (Csordas, 2008, p. 103). A formação simbólica que impõe um “corpo interior” constitui 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 a 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. Trata-se de uma disputa na qual recursos somáticos vão garantir a existência do corpo, uma vida ao corpo, já que afetividades e diferenças são criadas e inventadas, e hábitos são articulados, mesmo em contravérsias sobre pro/posições não necessariamente fixadas ou definitivas, mas que apresentam solidez para que as com/posições se deem. Soma-se a indeterminação que implica a noção de feminilidade, que remete à noção de natureza proposta por Maurice Merleau-Ponty (2000), já que os signos que vão constituir uma identificação com o que é feminino podem assumir diferentes dimensões conforme as articulações e associações, percebidas e vividas. E a percepção, seguindo esse 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 e 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 são ideias que podem ser alteradas, desdobradas, a fim de perceber as associações e relações que infinitamente estão dispostas e são produzidas e que 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 única, 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 dispensa os objetos, pois constitui um produto da mentalidade reflexiva em um processo de auto-objetificação uma vez 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 para descrever princípios existenciais, no escopo do que é pré-objetivo, e não de produtos culturais já constituídos, ou seja, enquanto pré-abstrato.

Desse 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). Daí, as técnicas do corpo, em síntese, desta análise de Csordas com referência ao texto de Marcel Mauss publicado em 1935, constituem 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 singularidade de processo de subjetivação isento de um tipo de racionalidade materializado em um esquema corporal. Trata-se de uma interpretação à qual 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 significação 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 esperança. Este movimento tripartite visa 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 ideia da plasticidade corpóreo-cerebral, ao mesmo 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 — como a aceitação das dores que acompanham a sugestão de uma performance que exige intervenções corporais, tais como o enchimento para dar visibilidade às mamas ou o uso de perucas no âmbito do tratamento quimioterápico, quando este provoca a queda dos cabelos.

Em suma, a feminilidade estará associada a dar invisibilidade ao processo de adoecimento, porque é sugerida uma demonstração de força expressa em alegria. Ou seja, dada a condição de sofrimento, não apresentar aspectos da doença, minimizar os efeitos ou não falar deles contribuiu para enaltecer os dispositivos materno e amoroso (Zanello, 2018), em especial, e a compor uma rede de agentes e pacientes na legitimação de outra subjetividade, outro corpo, logo, outra feminilidade.

Entretanto, se os estudos sobre câncer de mama apontam para a importância da integralidade, ao confirmar

a complexidade da relação saúde-doença, a representação de uma feminilidade hegemônica tende a produzir constrangimentos. Sem uma perspectiva complexa sobre a saúde, a integralidade não se realiza. Ademais, é possível afirmar que o acesso ao conhecimento sobre a doença influenciará as representações que as mulheres constroem, muitas vezes reforçando concepções já estabelecidas e articulando-se às condições socioeconômicas na definição das prioridades do processo.

As representações sobre a feminilidade puderam ser interpretadas em sentidos múltiplos oriundos da racionalidade médica e das práticas sociais, amplamente compartilhadas entre as agentes-pacientes. Houve, de modo geral, uma tradução de conceitos como subjetividade, verdade e amor, frequentemente justificados em um regime moral marcado por demarcações sobre a feminilidade.

Na sequência, apresenta-se, conforme o ano do diagnóstico, uma síntese dos procedimentos indicados, a fim de analisar as formas discursivas atravessadas pela feminilidade e as condições que orientaram as escolhas relativas ao tratamento.

Quadro 2: Procedimentos cirúrgicos referentes ao protocolo de tratamento

NOME	ANO (diagnóstico)	IDADE (diagnóstico)	IDADE (entrevista)	ANOS APÓS O DIAGNÓSTICO	PROCEDIMENTOS
Virginia	2000	43	64	19	Mastectomia
Nélida	2009	37	49	12	Mastectomia (mama direita)
	2014			7	Histerectomia
	2018			3	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) ocorreu em 2000, e o procedimento de mastectomia “radical” foi prontamente indicado após a análise da biópsia. Mesmo com plano de saúde, Virginia não cogitou reconstrução mamária, embora tenha sido questionada pelo marido, tampouco relatou qualquer diálogo sobre possibilidade de cirúrgica reconstrutiva. Seu relato evidenciou preocupação com a continuidade da rotina profissional, orientada pelo desejo de cura e pela confiança na prescrição do mastologista ao explicar o tratamento. Ao rememorar esse processo, relatou:

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 caroço 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 nosso).**

A experiência de Nélida (37) foi marcada por três diagnósticos. O primeiro ocorreu em 2009, quando realizou mastectomia da mama direita diante da suspeita de nódulos associados a uma pancada; posteriormente, uma análise histológica confirmou o diagnóstico de câncer, e uma segunda etapa cirúrgica foi realizada, prevendo reconstrução mamária após o tratamento. A partir do segundo diagnóstico, Nélida passou a ser atendida por plano privado de saúde. Em 2014, recebeu diagnóstico de câncer no endométrio, o que levou à realização de histerectomia. O terceiro diagnóstico ocorreu em 2018, com câncer na mama esquerda, ocasião em que foi realizada reconstrução com inserção de prótese de silicone.

Mas, aí, foi todo aquele processo de tratamento, de quimio, de rádio. 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. Aí, 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 anestesiarem 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 pequeninha, que era... esse foi o meu medo. Falei: "Nossa! E agora?" (Nélida, 2021, grifo nosso).

Já com Clarice (41), diagnosticada em 2013, embora tenha sido orientada à procedimento de quadrantectomia, ou seja, de um procedimento "conservador", foi sugerido que a reconstrução realizada no mesmo ato cirúrgico. Contudo, ela recusou essa possibilidade após ser impactada por 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 reconstituição**. Que o cirurgião plástico entrasse, não é, no campo cirúrgico lá e já fizesse a reconstituição. Porque **os estudos mostram que a recuperação, principalmente, os impactos emocionais são menores quando faz a mastectomia e faz a reconstituição 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 nosso).

No caso de Carla (32), diagnosticada em 2016, a indicação de mastectomia "radical" bilateral foi percebida por ela como um privilégio diante do "sentimento de mutilação". Relatou ter suporte médico integral para a realização do procedimento, incluindo a inserção de próteses de silicone no mesmo ato cirúrgico, em uma instituição de excelência na cidade de São Paulo, com continuidade do tratamento quimioterápico e de 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 mastectomia total, bilateral, esvaziamento axilar, seguiu 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 nosso).**

Já Carolina (34), diagnosticada em 2017, houve receio de que o implante de silicone, inserido em procedimento anterior, aos 29 anos, tivesse contribuído para o desenvolvimento do tumor maligno. Buscando reduzir qualquer possibilidade de recorrência, não desejava submeter-se a intervenções que, em sua percepção, pudessem ampliar riscos futuros. Após ser orientada à retirada de ambas as mamas, teve sua decisão elogiada pela oncologista, mas foi tensionada quando recusou a reconstrução mamária com inserção de silicone. Foi convencida pela médica com base em evidências relativas à autoestima e consentiu no procedimento reconstrutivo, aceitando a possibilidade de trauma diante da ausência de reconstrução. Assim como no relato de Carla, o acesso privilegiado a determinados procedimentos também foi destacado por Carolina, especialmente em razão da cobertura proporcionada pelo 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 aflorado. 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 reconstrução da mama. Então, assim, eu não tenho sequelas 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 nosso).

Raquel (34) também recebeu o diagnóstico em 2017. Entretanto, na condição de paciente metastática, mantinha revolta diante dos processos de culpabilização a que foi submetida. Segundo seu relato, múltiplas rejeições marcaram sua relação com médicos, atendentes, e outros suportes institucionais desde a busca inicial por exames. A hostilidade vivida

fragilizava qualquer motivação para aderir ao tratamento, ainda que insistisse em obter informações pertinentes às próprias 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 nosso).

Embora tivesse idade próxima à de Raquel, Elisa (35) realizava acompanhamento mastológico desde os 30 anos, por meio de plano privado de saúde, incluindo exames clínicos mamários em razão da percepção recorrente de nódulos. Quando identificou um novo nódulo, já tinha consulta agendada, pois realizava acompanhamento semestral. Assim que recebeu o laudo mamográfico, foi encaminhada ao 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: “Aí, eu não vou...”. Aí, eu saí de lá: “Eu não vou mexer com isso não!”. **Prefiro ficar sem peito! Uns trens feios! É! Umás 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 nosso).

No caso de Lygia (46), também diagnosticada em 2017, foi indicada uma quadrantectomia. Ao rememorar o

procedimento cirúrgico, destacou como especialmente dolorosa uma intercorrência que resultou em 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, Lygia, 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 nosso).

Por se tratar de um procedimento “conservador”, e não uma mastectomia radical, Lygia considerou que a cirurgia não foi invasiva, e que o fato de não se considerar vaidosa amenizou o incômodo nesse processo — em que demonstrou confiança na 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 nosso).

Adélia (56) também recebeu o diagnóstico em 2017 e a indicação de uma quadrantectomia. Diante de uma complicação pós-cirúrgica, o processo de cicatrização comprometeu a realização de uma nova cirurgia visando à simetrização, enquanto buscou a ozonioterapia — não recomendada pelo mastologista — e a cicatrização ocorreu.

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 voo 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 nosso).

Cora (54) fez a cirurgia em 2019 e relatou o quanto foi chocante receber o diagnóstico de um nódulo tão grande diante do acompanhamento semestral que realizava. Como sabia que a cirurgia reconstrutiva implicaria maior complexidade nos cuidados pós-operatórios, prováveis dores durante a cicatrização e riscos de rejeição da prótese, decidiu não inseri-la, mesmo tendo recebido indicação médica. Relatou ter se sentido egoísta por ter tomado a decisão de prosseguir com o tratamento e solicitado ao marido e aos filhos que não dedicassem 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 costume, eu vou falar o seguinte, costume 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!** E 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! (Cora, 2020, grifo nosso).

A noção de feminilidade como termo não-dito — já que não literal — foi interpretada pelos atravessamentos subjetivos que afetam as decisões, nas apropriações coerentes com o cuidado de si e nos esforços para encontrar, na aplicação a si, o que permitiria sujeitar-se às regras e concretizar uma existência (Foucault, 2014).

Virginia seguiu a orientação médica, afirmando não se importar com a necessidade de retirada das duas mamas, embora o marido esperasse que a médica indicasse não ser necessária a mastectomia total. Clarice 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 para decidir pela reconstrução com essa técnica cirúrgica. O mesmo ocorreu com Elisa, que também agiu com medo — diante de dados sobre rejeição pós-cirúrgica e por achar feios 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 corrigiria a assimetria entre as mamas. Para Cora, não houve opção; lidou com muita dor durante o uso de expensor e a espera pelo agendamento

de novo procedimento cirúrgico. Nélida pensou, a princípio, na retirada das duas mamas; ao longo do tempo, diante de outros diagnósticos —incluindo uma histerectomia —, optou por não reconstruir uma das mamas e, na outra, decidiu pela prótese de silicone.

Isto posto, a feminilidade não é substancial, como se poderia supor diante de uma enfermidade que põe as mamas em risco, mas é atravessada por dispositivos de compreensão que levam as mulheres a decidir, no processo de subjetivação, sobre as situações vivenciadas, expressando 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 tem na feminilidade implicações éticas e políticas da corporeidade. Os modelos explicativos que tentam dar substância aos corpos — atribuindo-lhes lugares possíveis, materiais e simbólicos, de expressão das sensações — são gendrados.

No contexto do câncer de mama, houve uma aceitação de que os aspectos preventivos são de responsabilidade individual, o que implicou sentimentos de culpa, pavor e negligência.

Essas implicações serão justificadas nas políticas com especificidades para intervir ou regular o corpo, com vistas a desenvolver tecnologias de gênero que tornem tais dispositivos eficazes. Os sofrimentos relativos às decisões sobre os procedimentos têm, especialmente no dispositivo da maternidade e no dispositivo amoroso, uma atribuição considerada feminina, tratada como tarefa inadiável.

Dessa forma, uma cultura somática — como expressão da corporeidade na manutenção da vida e em decorrência do adoecimento — orienta ações de reabilitação da saúde.

No entanto, com vistas a uma interpretação da corporeidade, seguindo a análise de Dennis Waskul e Phillip Vannini

(2006), toda prática humana é uma relação primária do corpo e da constituição de uma intersubjetividade por meio da qual se aprendem técnicas corporais que expressam sensações somáticas. Dessa forma, o significado para a ação — situada em um tempo e em um espaço — está implicado na reflexividade. Assim, um “corpo-sujeito” é envolvido em processos que são re/produzidos para incorporar capacidades que importam. É nesse sentido 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 à incorporação, daí cultura somática, dizendo respeito à justaposição de ciências que a Sociologia do Corpo exercita, como explicou Luc Boltanski (1971), em importante análise sobre a saúde na França, em 1968, sobre “práticas sanitárias”, de modo a avaliar a incorporação de um “consumo médico”.

Neste campo de estudos, os corpos dizem respeito às ações exercidas sobre uma ordem biológica e uma ordem cultural que retraduzem e transformam 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 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, já que as experiências não cessam de acontecer; a vida, então, é um trabalho nunca feito definitivamente, porque as normas, 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 remete à questão de 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 que, conforme Butler, devem ser entendidos como performativos sob os limites desta inteligibilidade que significa a construção social e política do corpo.

Daí, explora-se a significância da feminilidade e os efeitos da materialidade dada a este signo, o que lhe faz perder relevância conceitual, pois empiricamente é acionada como categoria conforme a encarnação. Ou seja, a feminilidade é encarnada nas experiências a que nossos corpos estão sujeitos; escolhemos ou somos submetidas a determinadas intervenções corporais. De modo geral, pensa-se 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 implica relações experienciadas. Entretanto, não deixa-se de considerar que

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 definitivamente concluído,

porque as normas que são delineadas para orientar nossas experiências têm limites, e toda experiência demanda condições intersubjetivas para ser reconhecida. De algum modo, essa experiência 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, 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).



02 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).

Com base em uma cartografia do cenário sociológico consagrado ao corpo, articulando e problematizando as reflexões sobre o corpo no campo, Christine Detrez (2002), inspirada na análise da filósofa Judith Schlanger sobre as metáforas do organismo, considerou perigosas as concepções implícitas sobre o corpo e poderosas quando explicitadas. Isso foi corroborado por David Le Breton (2006) ao defender uma sociologia aplicada ao corpo, já que o corpo, 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 corporal no tratamento do câncer de mama?

Segundo Le Breton, as diferentes teorias no campo das ciências sociais se desenvolveram tendo o corpo ora implícito, ora em pontilhado, de modo a que a identificação da pessoa nunca se dissocia do corpo, pois as lógicas que orientam a individuação sempre o atravessam. As aparências corporais revelam uma ordem biológica e cultural e, evidentemente, fazem perceber uma emanção moral capaz de “revelar” a subjetividade humana; quando implícito, esse regime “enxerga” o corpo como orgânico.

Entretanto, mesmo como objeto de estudos biológicos, há que se considerar que a interação social emana do meio social e cultural, observadas as condições de existência; daí o corpo também ser um fato de cultura. Uma “corporeidade no domínio da organicidade” (Le Breton, 2006, p. 17) garante a relevância das competências da medicina e da biologia, e impulsiona uma análise da subjetividade no campo da psicanálise, por exemplo, ao relacionar o corpo a uma estrutura simbólica.

Quando não explicitado, mas “em pontilhado”, há uma atribuição dos sentidos, e as análises sobre a subjetividade se revelam nas incorporações das representações. É a corporeidade socialmente construída. Desse modo, as razões fisiológicas são secundarizadas, e as representações correspondem aos usos sociais do corpo, 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 da 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”. Nessa perspectiva, Vitor Ferreira (2013) argumentou 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 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 o estabelecimento de 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 visam responder com novas criações ou reinvenções das incorporações que estão comumente codificadas em esquemas e categorias de representação e classificação, muitas vezes hierarquizadas sob um modelo hegemônico. É a ação sobre o próprio corpo, objeto de reflexividade, mediante uma mobilização identitária traduzida no conceito de imagem corporal, para expressar e comunicar aspectos políticos, psicológicos e sociais.

Logo, a expressão de determinada imagem corporal só pode demandar reconhecimento em conformidade com

determinadas representações. Então, reconhecer uma imagem de si implica reflexividade sobre o corpo e sobre as representações (re)conhecidas.

Será possível afirmar que há múltiplas corporeidades e, logo, diferentes feminilidades? Ou há imagens não reconhecidas, já que, muitas vezes, não são sequer identificadas ou constituídas como feminilidade para as mulheres?

Nesse caso, diante de processos de dominação, de resistência e de reflexividade, que não são separáveis, considerando as problemáticas ora sob perspectivas naturalistas, ora 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 nossos).

Em síntese, uma sociologia do ou sobre o corpo propõe que a corporeidade humana seja analisada como 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 orientam 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 por meio das interações com outros e com o meio. Em suma, a corporeidade é uma estrutura simbólica que contempla representações que se transformam na história, e tal processo de encarnação refere-se às formas que os corpos são capazes de realizar, portanto, performar.

Afinal, é o corpo que experiencia, 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, cabe enfatizar que há limites discursivos que constituem o corpo dito biológico. A pesquisa de Detrez (2002) apresenta as referências condizentes com as noções científicas, particularmente da medicina, para confirmar como os significados dos corpos estão fundamentados para expressar “fronteiras” que demarcam dualismos: inato e adquirido, natureza e cultura, indivíduo e sociedade. As reflexões ontológicas que “dão corpo” à pessoa, legitimando os 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. Por isso, na contemporaneidade, os corpos não são somente “feitos pela natureza”, como se as leis físico-químicas não fossem acionadas por meio de uma dimensão cultural.

Em síntese, Detrez (2002) afirmou que pessoas em ação são corpos em ação e que, como o corpo é um organismo em ato, as experiências corporais representam saberes, valores, técnicas, ou seja, incorporações.

Uma análise sociológica expressa uma segunda natureza ao considerar mecanismos de naturalização, sendo o mais comum, segundo a pesquisadora, desde uma justificativa da separação entre a biologia e a sociologia, em que a socialização vem a ser essa objetivação do corpo que o reduz a uma substância material e, por isso, aceita uma separação entre corpo e alma (Detrez, 2002, p. 18-20).

Tal separação entre corpo e mente nos remete ao processo histórico consolidado pela Revolução Industrial, que garantiu a metáfora da “energia para o trabalho” e, assim, contribuiu para a atribuição dos tipos físico-morais à fisionomia das populações.

Isso porque essa perspectiva dualista nas classificações (corpo, alma e mente), a exemplo da separação entre

física e a metafísica, com as explicações retóricas sobre espécies sociais — especialmente por integrantes de um naturalismo reconhecido no campo da antropometria — explicou o funcionamento dos corpos e propôs um modelo orgânico para a sociedade.

Essa constituição de hierarquias contribuiu para a legitimação de políticas do corpo, tais como o racismo e o sexismo, que, em síntese, atribuíram cunho moral a padrões de beleza, bem e harmonia.

Desse modo, vigoram noções físicas e espirituais em conjunto com uma composição sobre identidades que legitima a encarnação de formas corporais de maior ou menor valor. Para Detrez (2002), uma abordagem biológica foi aplicada aos “fatos sociais” e a sociologia se ajustou para apresentar modelos interpretativos sobre os corpos. Sendo corpo e sociedade indissociáveis, uma dialética “incorporada” que mobiliza as ações humanas só pode ser interpretada segundo os usos sociais dos corpos, que podem ser mais ou menos diversificados segundo as vivências e as representações legitimadas.

Logo, o determinismo biológico é inócuo e, nessa esteira, há uma produção social e política do corpo na perspectiva de que o organismo pode ser instrumentalizado. Ao corpo, o trabalho, potência natural da ação; ao corpo-instrumento, que se fez ícone da modernidade, uma representação voltada à performance da socialização, expressão de uma modelagem sob dadas morfologias imaginárias, mas inteligíveis no âmbito da matriz estabelecida (Butler, 2019).

Trata-se, 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 espermatozoides) 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 o desenvolvimento de representações. Para os objetivos desta pesquisa, interessou-se em refletir sobre essas questões diante dos relatos que, em geral, anunciam uma socialização expressa a relação entre uma objetivação do corpo, por meio de associações de caracteres físicos e morais, e uma subjetivação que tende a encarnar uma identificação construída.

No contexto do câncer de mama, para a análise das experiências das mulheres que participaram desta pesquisa, romper com quaisquer dualismos foi importante para pensar um atravessamento da feminilidade que permita compreender a constituição de uma corporeidade que, diferentemente de formas construtivas, revela vulnerabilidades incontornáveis.

Foi possível considerar que há um modelo estrutural das relações sociais voltado ao reconhecimento no qual a mulher demanda estima e identificação como paciente oncológica.

Nesse âmbito, espera-se que uma perspectiva bélica seja incorporada; afinal, as evidências científicas têm apresentado altas taxas de sobrevivência e um percentual de sobrevida que confere às mulheres uma tendência a aceitar os protocolos. Será, então, estimada com maior valor a mulher que acredita que vai vencer a batalha, expressando otimismo durante o tratamento, corroborando com a denominada “cultura rosa”.

O ponto de partida é considerar a experiência com o câncer de mama como um processo que implica um trabalho

sobre si mesma. As justificações sobre os “usos do corpo”, ou melhor, as formas discursivas que justificaram as práticas e modos de se identificarem em um regime implicado em uma luta por reconhecimento dos cuidados de si e do deixar-se “cuidar”, conforme as intervenções e a incorporação de práticas que representem o feminino.

2.1 A FEMINILIDADE FUNCIONAL

Como símbolos da feminilidade, mamas e 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. Instituiu-se, assim, uma estética da maternidade amorosa e das mamas como nutrição sob 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 nossos).

Os seios têm representações diversas relacionadas à lactação, à luxúria, ao excesso ou à falta, mas, como não deixam fósseis, são conhecidos por representações esculturais,

pictóricas entre tantas outras formas de representação, seja de beleza ou de utilidade.

Entretanto, em vez de as representações ao longo da história serem expostas por sua diversidade, um intento padronizante se deu nas explicações sobre as regularidades.

Como explicou Silvia Federici (2017), foi preciso situar a condição universalizante do pensamento ocidental na constituição das corporalidades com base na 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” e contribuir na legitimação de formas de controle dos corpos. É por isso que Federici avaliou o corpo como fonte dessa materialidade, da acumulação primitiva na transição para o capitalismo, como condição histórica para constituir a feminilidade (Federici, 2017).

A feminilidade, expressa em representações míticas, também teve nos seios uma projeção para posicionar o corpo da mulher.

Tal como na interpretação sobre Ágata, posteriormente santificada, punida por não aceitar a condição considerada feminina sob a 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 devotar seu corpo a Cristo, 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, na Ásia Menor, dizia-se que as habilidades no uso de arco e flecha eram 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, analisada por Londa Schiebinger (1998), como símbolo da Liberdade na França, já que as imagens republicanas marcaram as pretensões de cidadania das mulheres como nutritoras, e o seio era a síntese metafórica da natureza e da sociedade, o vínculo entre os mundos privado e público. Homens virtuosos, como cidadãos do Estado, bebem o leite materno da renovação nacional dos seios da colossal Ísis, 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 em um dualismo funcional no qual os homens deveriam temer o “lado ruim”.

Seguindo a perspectiva histórica do trabalho de Londa Schiebinger (2001), é possível considerar que devem contribuir para compreender os significados das formas corporais e das corporalidades estáveis, funcionais, representadas como um capital simbólico (Bourdieu, 2009), particularmente o que foi conferido às mamas na constituição das feminilidades.

A análise de Federici (2017) corrobora a noção de biopoder com base na conotação sexual da função dos seios, uma vez que, sob um interesse sociocultural de caráter populacional, associou as mulheres a uma identificação instintiva, determinante para a reprodução da espécie como força de trabalho.

Isso pode ser observado quando Schiebinger (1998) explicou como uma política de gênero esteve associada ao desenvolvimento taxonômico de Carl von Lineu. Em sua análise, demonstra que, anos antes da cunhagem do termo *Mammalia* para a taxonomia zoológica, com a publicação do *Systema naturae* em 1758, Lineu escreveu sobre a substituição das amas de leite em um panfleto datado de 1752.

O argumento de Lineu era a valorização do “instinto animal” das parturientes, ao mesmo tempo que inseriu como

questão um juízo sobre a maternidade, já que muitas mulheres pagavam camponesas para amamentar e passaram a ser julgadas quando não tinham leite como distraídas por prazeres carnavais ou citadinos.

Para a primatologista Sarah Hrdy (2001), a disseminação dessa ideia panfletária de Lineu reforçou a percepção de que “esses 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 da importância do aleitamento, Lineu e diversos intelectuais, nesse movimento anti-amas-de-leite, foram moralistas ao defenderem um “lugar adequado” às mulheres. Segundo sua investigação, a maternidade deveria estar vinculada à abstenção de intercursos sexual ou às distrações citadinas, pois corromperiam 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 carnavais (Hrdy, 2001, p. 32).

Assim, as justificativas a respeito das glândulas mamárias dessa categoria de mulheres serviram para rejeitar aquelas 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 justificado por uma natureza atribuída por Deus, expressa na mensagem “dê-me de mamar!”.

A nomenclatura zoológica, como toda linguagem, é, em certa medida, arbitrária e em grande medida trata de termos convenientes para identificar grupos de animais. A nomenclatura “surge” a partir de circunstâncias, contextos e conflitos específicos. Logo, ao criar o termo, Lineu pretendia destacar um

aspecto essencial dessa classe de animais. O moderno evolucionismo derivou para as relações entre machos e fêmeas sob justificações miticamente estabelecidas para “naturalizar” as desigualdades que inferiorizavam o “sexo feminino”. Os seios serviram para demarcar e classificar, assim como o crânio serviu aos frenologistas, e “[...] 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).

Desse modo, o termo *Mammalia* certificou a singularidade feminina em contraposição a razão atributiva do *Homo sapiens*. Na capa do *Systema naturae*, de Lineu, há uma imagem de Ártemis ou Diana de Éfeso, deusa que, segundo pesquisa de Marilyn 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. Há uma narrativa de que um sacerdote, por dever ser eunuco, cortou os próprios testículos e os enterrou perto do altar. Os touros substituíram sacerdotes nas cerimônias de castração, e seus testículos eram preservados em óleos perfumados, e cerimônias eram realizadas 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 como uma colmeia, uma polimastia.

Esta história do termo *Mammalia* é um exemplo dos valores que a ciência organizou em matrizes culturais complexas com a intenção de dar soluções a problemas sociais, no caso das camponesas capturadas como amas de leite. De ideias preconcebidas sobre a amamentação, toda essa campanha articulada à produção de ciência enalteceu a eliminação dessa prática por mulheres camponesas empobrecidas e exploradas com as políticas de cercamento de terras. Além disso, contra as pobres amamentadoras, Lineu, segundo

Schiebinger (1998), utilizou o exemplo do uso excessivo de álcool pelo imperador Nero e do comportamento tirano de Calígula ao afirmar que eram consequências de o 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”, prática de exploração das mamas de mulheres pobres num contexto de negligência à mortalidade infantil. Viu-se, desse 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, conforme apresentou Angier (2000) ao lembrar a escritora Mary Wollstonecraft, não deixaram de ser problematizadas no “calor” dos eventos, o que permitiu constatar que argumentos iluministas excluía as mulheres do exercício da cidadania. A dita natureza da ocupação da mulher, a procriação, seguiu valendo-se do argumento de abstenção do uso do intelecto como preservação do funcionamento das atividades cerebrais, já que estas se relacionam às atividades dos ovários. Segundo Thomas Laqueur (2001), o “pai” da Medicina, Hipócrates, que viveu entre 460 e 370 AEC, considerou o útero errante e 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 e, conseqüentemente, sucesso (King, 1998; Foucault, 2014). Depois de Hipócrates, seguiu-se o galenismo, hegemônico até meados do século XVIII. Galeno viveu supostamente entre 129 e 199 ou 217 EC e defendeu o isomorfismo a partir do corpo original, justificado no sentido ativo do homem, ao considerar a genitália da fêmea equivalente à do macho, porém interna. A pesquisa de Laqueur (2001) apresentou um desenvolvimento desses modelos de sexo único, do galenismo a Andreas Vesalius, famoso por seu *De humani corporis*, de 1543,

passando por Matteo Realdo Columbus com a “descoberta” do clitóris e por suas dissertações sobre uma teoria da circulação, séculos mais tarde retomada por William Harvey (1578-1657). Com Harvey, se encerra a história do modelo de sexo único, “com suas reivindicações à autoridade epistemológica, suas estratégias experimentais e sua ontologia de reprodução” (Laqueur, 2001, p. 177).

O que se constatou, diante dos desafios para uma compreensão da gênese das espécies, no contexto de desenvolvimento tecnológico conjugado à urbanização e à 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 uma dinâmica produtiva dita racional estava comprovada, como analisou 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 nosso).

Federici analisou como a perseguição às bruxas, assim como o tráfico de escravos e os cercamentos, constituíram um aspecto central da acumulação e da formação do proletariado moderno, tanto na Europa como no Novo Mundo. Entre os

séculos XV e XVII, com o advento do capitalismo, as representações a respeito da feminilidade transformaram a reprodução e demais atividades realizadas por mulheres em recursos naturais gratuitos.

A caça às bruxas, como nexos da derrota das mulheres, impôs um novo modelo de feminilidade: a representação da mulher como esposa caracterizada pela passividade, pela obediência, pela parcimônia, pela castidade e por práticas que a ocupassem sobremaneira, exercitando poucas palavras (Federici, 2017, p. 205). A discriminação das mulheres como mão de obra, a proibição da atividade de parteiras — somente admitidas como espãs do Estado até sua desqualificação para a prática médica²⁵ —, a proibição da prostituição e a redefinição da “família” com a aparição da figura da “dona de casa” subordinaram a disponibilidade gratuita da força de trabalho.

A reprodução não teve valor como trabalho, ao mesmo tempo em que a pobreza foi femininizada com o aporte do Estado e do patriarcado do salário, que executaram um processo de submissão definido como terrorismo de Estado (Federici, 2017, p. 195). Isso porque houve resistência ao trabalho assalariado, 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*

25 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).

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 nexo de união com a história das bruxas (Federici, 2017, p. 31, grifo nosso).

Esse quadro histórico apresentado, com vistas de uma justificação do aspecto funcional da feminilidade, tema deste item, visa refletir sobre a perspectiva de controle ainda dominantes nas orientações para adaptações dos/nos corpos das mulheres. O regime capitalista transformou o corpo feminino em uma máquina natural de criação, instrumento para a reprodução de indivíduos e para a exploração da força de trabalho (Federici, 2017).

Sendo assim, o regime capitalista contribui para uma produção da feminilidade intrínseca ao caráter reprodutivo associado às mulheres, que pode ser compreendida 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. Isso 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 da maternidade é primordial, tal como investigou Federici no âmbito do trabalho, cabe avaliar outros dispositivos que serão transformados com o intuito de dar visibilidade a uma capacidade mercantil, garantindo uma representação avaliada como de maior valor.

Ainda que diferentes áreas do conhecimento desenvolvessem categorias de explicação, a feminilidade mobilizada nesta tese visou problematizar quando o termo é substancial, com vistas à garantia de uma forma de moldar o corpo.

Se no ascetismo medieval era necessário renunciar (resistência) ao próprio corpo, com o mecanicismo, rumo à modernidade, o corpo passou a ser objeto de operações para garantir autocontrole. Constituiu-se um regime de saber para uma inteligibilidade dos/nos corpos, o que deu seguimento a uma biopolítica de gênero com dispositivos diversos sob a lógica de um biopoder generificador. Estas condições favoreceram, além de uma concorrência, a normalização de um modo de produção científica que não somente destituiu as mulheres de saberes sobre seus corpos, a exemplo das parteras, como também as demonizou.

Ademais, o que pôde se verificar foi a justificação do estupro diante de uma atitude considerada desprotegida, já que a noção de propriedade do corpo — compreendido como objeto passível de posse e contabilização como *commodity* — vinha sendo mercantilizada, com o estabelecimento de equivalências e contratos em dinâmicas de poder.

A modernidade, conforme afirmou a historiadora Joan Scott (1998), estabeleceu o privilégio da visão como um instrumento associado à razão, considerado inoperante para os corpos com útero, uma vez que estes eram responsáveis pelo trabalho reprodutivo, que consumia energia capaz de 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 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 nosso).

Pode-se entender que temporalidades e espacialidades puderam ser avaliadas nas esculturas, fotografias, depoimentos e vozes registradas, mas tudo isso foi atravessado por diferentes atribuições de valores conforme o movimento epistemológico e, de modo geral, por valores devidos ao privilégio da visão. Então, uma intervenção sobre os corpos das mulheres desafiou noções e inaugurou 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 se tornarem visíveis.

Daí considerar as atividades do movimento feminista como impulsionadoras de pesquisas que evidenciam a histórica invisibilidade das experiências de mulheres por meio da exigência de legislações voltadas a tratamentos igualitários para homens e mulheres, da organização de registros historiográficos e, até mesmo, arqueológicos (Scott, 1998).

Segue-se disto que as representações do corpo e o enaltecimento das mamas, para dar visibilidade às experiências, mais especialmente da nutrição e da sedução, serão compreendidos de maneira distinta sob o crivo de uma análise feminista. Afinal, como apresentou 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, que afirmou que a evolução do seio feminino foi uma forma de tornar a visão frontal mais estimulante para os homens, Brownmiller analisou como a objetificação da mulher contribuiu para a construção de um esquema total para julgar e dominar à distância. O olhar de admiração ou repulsa é resultado da irônica diferenciação entre a nutrição e a sedução associadas aos mamilos. Segundo a pesquisadora, esta consideração está no texto “O macaco nu”, original de 1967, e mesmo no texto “A mulher nua: um estudo do corpo feminino”, de 2004, dizendo conhecer as críticas feministas a respeito do apelo sexual natural defendido sobre a forma arredondada, Morris continuou defendendo que o aumento de tecido adiposo ocorreu como uma “sinalização sexual”, já que tal forma nem mesmo contribuiu para a amamentação. Ao dizer que, durante a juventude, “até uma freira tem seios protuberantes embora permaneçam sem uso durante sua vida” (Morris, 2004, p. 144), destacou a dupla função biológica — parental e sexual — como uma exclusividade humana e uma “demonstração” do estímulo tátil que, depois do visual, serviu particularmente para diferenciar do macho, e, ainda que a idade seria determinante para mudanças que, com a disponibilidade da cirurgia estética, permitiriam às mulheres prolongar a “transmissão do sinal primitivo da fêmea de seios hemisféricos firmemente salientes” (Morris, 2004, p. 148). Ao tratar das secreções decorrentes do 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” (Morris, 2004, p. 150).

Outro exemplo que a pesquisadora mencionou foi a fotografia de um protesto em 1968, na qual militantes feministas parecem jogar sutiãs em uma grande lata de lixo como se estivesse em chamas, episódio descrito por ela como irônico. Esse mito da queima dos sutiãs serviu como advertência a 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 nosso).

As mamas, então, assumiram uma função em um princípio de construção social do feminino.

Ao fundamentar a amamentação como fonte da vida, passou-se a naturalizar os cuidados como responsabilidade exclusiva das mulheres, e uma perspectiva comunitária sobre a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida passou a ser 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, para funcionar de modo sistematicamente, uma economia era necessária como base dessas definições

fronteiriças para a construção de um sujeito autoidêntico e de uma feminilidade a ser demarcada. A cientista política Iris Young (2005) analisou essa economia, diante de 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 consiste em um enquadramento narrativo cuja finalidade é predeterminar desejos e valores.

Esta contribuição de Iris Young mostrou-se relevante porque avalia a centralidade do significado de si, de sentidos que têm o peito como centro do senso de pessoa, do estar no mundo e da identidade, e corroboram com as problemáticas mencionadas anteriormente sobre os seios como componente fundamental da imagem corporal.

Ao explorar alguns aspectos sobre a construção cultural de um imaginário da experiência com os seios como central para a mulher, Young analisou a problemática do patriarcado ao inferir uma objetificação dos seios e da experiência feminina e estabelecer uma fronteira entre a maternidade e a sexualidade.

Como contraponto a uma episteme da visão, fazendo referência à psicanalista Luce Irigaray, Young, então, propõe uma episteme do toque com interesse na reflexão sobre o desejo feminino e, ao fazê-lo, afirma que a narrativa vem a ser uma estratégia política feminista.

Nesse contexto, sua experiência apontou para a constituição de uma nova forma de identidade positiva do corpo, na qual os seios representaram as emoções vivenciadas ao longo de sua trajetória de vida. Buscou-se acionar sentimentos múltiplos e ambivalentes não coerentes com a materialidade binária do patriarcado.

Diante disso, as múltiplas corporeidades, consideradas coerentes com as diferentes experiências corporais, foram atravessadas por aspectos funcionais relacionados aos cuidados apresentados pelas mulheres como responsabilidades, seja no âmbito doméstico, seja na constituição familiar ou comunitária, ou ainda para a continuidade das atividades já realizadas.

A funcionalidade atribuída a feminilidade pareceu adequar-se à nova condição de paciente oncológica para seguir a “normalidade” da vida, o que pode ser atribuído a uma consciência dualista e a incorporações diante de uma reflexividade dialética (Harding, 1993; Bourdieu, 2009), que constitui 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); no entanto, há uma busca por outras representações, mais especificamente quando a imagem corporal já não importa como atribuição do feminino.

Foi possível identificar formas de reconhecimento também reconstituídas conforme as experiências relatadas pelas participantes desta pesquisa, o que sustenta a defesa de uma encarnação diante de processos de incorporação diversificados, fortemente performados, daí feminilidades reconstruídas.

2.2 A “GUERRA” CONTRA O CÂNCER: PADECER E SOBREVIVER

Diante da comum atribuição de que é preciso lutar contra uma enfermidade como se estivesse numa batalha, os sofrimentos das participantes desta pesquisa não se limitaram à ansia pela cura. A metáfora da guerra pode ser identificada no desenvolvimento de políticas de saúde que movimentaram campanhas em diferentes partes do mundo

(Mukherjee, 2010; Sontag, 1984; Sulik, 2011; Teixeira; Porto; Noronha, 2012; Vásquez, 2017).

Concepções de cura e de sobrevivência passaram a ser acompanhadas das decisões de cientistas, da indústria farmacêutica e das equipes multidisciplinares, desde o diagnóstico até os cuidados pós-cirúrgicos de pacientes/agentes no processo da saúde e da doença. A incorporação de uma visão de batalha contra o câncer passa a compor as representações que podem ser analisadas como parte de uma transformação profunda e perigosa diante dos sentidos atribuídos à vida e à morte (Kleinman, 1998). Tal perspectiva está implicada nos modos de sofrimento 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 a 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 e que, sob uma lógica neoliberal, expressa uma “tirania da alegria” (Ehrenreich, 2001; Sulik, 2011; Vásquez, 2017). Neste âmbito, a associação da feminilidade à reconstrução mamária remete à prevenção de enfermidades relativas ao esquema psíquico para significar uma vitória idealizada da cura, ou seja, vencer a guerra.

Pode parecer óbvio o efeito do enchimento para a autoestima, tratando-se de um diagnóstico que, comumente, exige uma intervenção cirúrgica para a retirada do tumor. Ainda mais quando se considera a existência de técnicas cirúrgicas

que garantem os mais diversos resultados. Entretanto, há um esquema corporal, um constructo implicado em escolhas de procedimentos de intervenção corporal que, de algum modo, compõem representações diversas e um senso prático. E é este senso que institui uma produção de si que associa uma apresentação de si aos acontecimentos biográficos que, como afirmou Bourdieu,

[...] tratam o corpo como um lembrete, como um autônomo “que arrebatava o espírito sem que este se apercebesse” 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 nosso).

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

Como disse Donna Haraway (2013, p. 38–39), há um processo que vem desvinculando-se de uma narrativa de origem que demarca representações de natureza/mulher “dos 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”.

Isso implica a sobrevivência diante de uma identidade fraturada; entretanto, constitui-se uma afinidade que faz reconhecer um padecimento esperado como temporário, com vistas à superação, que não necessariamente pode ser atribuída como “outra feminilidade”, mas sim como reconhecimento de si mesma. Com o devido reconhecimento, Haraway remete à poeta Audre Lorde e à figura da ciborgue, a fim de significar um colapso dessa estrutura diádica do reconhecimento.

Posteriormente à escrita do *Manifesto Ciborgue*, de Haraway, Lorde viveu o câncer de mama sem encontrar uma representação naquela “batalha contra o câncer” (Lorde, 2008)²⁶. A superação praticada por Lorde, indica a recusa ao padecimento diante das orientações médicas, sendo sua luta a busca por autoconexão com as “sapatonas” que não lhe foram apresentadas logo que sentiu o “mingau psíquico”, efeito anestésico pós-cirúrgico, e foi obrigada a ter uma voluntária que lhe apresentasse uma prótese externa “rosa”.

O estado de alma de Lorde não encontrou estima na imagem corporal apregoadada nos disfarces cosméticos ou na reconstrução mamária para “garantir” a feminilidade, como explicitou:

26 Para uma discussão mais aprofundada sobre essa perspectiva: “A mastectomia da guerreira Zami: autodefinição e sobrevivência no diário de Audre Lorde” (Antonio, 2021).

Sou uma mulher pós-mastectomia que acredita que nossos sentimentos precisam ser ouvidos para que sejam reconhecidos, respeitados e para que possam ser úteis.

Não quero que minha raiva e o medo do câncer fossilizem-se em mais um silêncio, nem que me roubem de qualquer força que possa haver no cerne dessa experiência, reconhecida e avaliada francamente. [...] tentei dar voz a alguns dos meus sentimentos e pensamentos sobre a farsa da prótese mamária, a dor da amputação, a função do câncer em uma economia voltada para o lucro, meu enfrentamento da mortalidade, a força de amar mulheres, o poder e as recompensas de se viver uma vida autoconsciente (Lorde, 2024, p. 17-18).

Ainda assim, sob uma metáfora da guerra, uma nova ontologia corporal se apresenta 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).

O reconhecimento das condicionantes para proceder ao trabalho, que consiste na experiência com a enfermidade, tal como a escrita de Audre Lorde, e o compartilhamento de experiências de outras mulheres, caracterizam a “luta permanente”, especialmente na expressão da força. 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 a paciência, é possível afirmar que, dentre as participantes desta pesquisa, há

corpos atentos, nos quais as emoções mediam um complexo desenvolvimento de três perspectivas sobre o corpo: individual, social e política (Scheper-Hughes; Lock, 1987). No entanto, ainda é ordinária uma lógica que, ao sustentar a metáfora da guerra, dá maior valor à bondade, à bravura, à força e à vitória do que à maldade, à covardia, à fraqueza e à 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 às expectativas e aos estereótipos de gênero ao minorar as incertezas ambientais, alimentares, entre outras, tal como denunciado nos diários de Audre Lorde.

Um “trabalho de si mesma” é expresso como uma “batalha” pela socióloga Maria Ángeles Durán (2003), com vistas a uma vida com menos sequelas. Também por meio da escrita, teve como objetivo denunciar as situações desconfortáveis impostas durante as análises do seu caso. Chegou à conclusão de que há custos invisíveis da enfermidade que recaem sobre os cuidados constitutivos de uma rede de apoio e proteção imprescindível para garantir maior valor à autoestima.

Para Durán, o trabalho inicial consiste na rede de apoio, tratando-se de questões sociais que implicam decisões individuais. A autora afirmou que a especialização no tratamento transfere ao indivíduo o enfrentamento do sentido atribuído aos procedimentos a que foi subordinado. Sobre tal complexidade da “máquina”, em referência às instituições de saúde, a autora disse 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).

Desse modo, Durán considerou muito importante que todos lutem para garantir sucesso na batalha, amigos

e familiares, ainda mais diante dos recursos reduzidos do paciente. Além disso, deve-se considerar a impotência em relação à terminalidade.

Desde que descobriram a doença, tenho outra relação com o corpo. É a sensação de que o hábito temporariamente e a qualquer momento pode mudar. Eu vivo o corpo e o corpo me vive, me vive, me adocece, 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 nosso).

Mesmo com seu esforço para compreender o tratamento e os resultados dos exames, o que muito a incomodava era constatar que toda a estrutura atribuía ao paciente a passividade.

Para a maioria das participantes 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, as quais contribuíram para a paciência em sua relação com o agenciamento, em um processo de subjetivação cujo efeito é o 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 na maternidade, na família ou nas atividades laborais, particularmente a fim de evitar que outras pessoas expressassem pena, como se o adoecimento tolhesse qualquer capacidade.

São diferentes formas de reconhecimento que podem se dar na expressão dos sentimentos diante desta luta, a qual

se manifesta mais fortemente durante o tratamento quimioterápico. Trata-se de 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 uma reciprocidade que caracteriza 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 nossos).

[...] 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. 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, grifos nossos).

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 nossos).

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, grifos nossos).

Nesta lógica, o dispositivo materno pode ser entendido como a encarnação de uma força intrínseca à feminilidade (Young, 2005; Zanello, 2018), seja essa força representada como uma "injeção de ânimo" ou como "natureza", ou seja,

uma crença em um instinto materno. Diante da imprescindibilidade da constituição de uma rede de apoio, a família teve papel central, sobretudo com referência à mãe, por vezes no papel de avó, especialmente para os cuidados de crianças.

Carolina, Carla e Virginia tiveram a maternagem como motivação primordial para expressar um enfrentamento do tratamento. Com Clarice, que estava vivenciando a pré-adolescência do filho, houve o desejo, por meio de um pedido, para o retorno a uma “vida normal”, fazendo com que a maternagem implicasse uma angústia em relação à rotina comprometida pelo tratamento. Já para Nélida, o tratamento foi até mesmo considerado tranquilo diante de um “conflito emocional” considerado por ela prevalecente em relação à separação judicial, que a amedrontava com a possível perda da guarda da filha.

Lygia, Adélia e Cora já conviviam com a fase de profissionalização das/os filhas/os que, de diferentes formas, acompanharam a trajetória do tratamento. Raquel não tinha contato com a filha adolescente, que vivia com o pai em outra cidade desde a separação. Elisa vivenciava o desejo de engravidar.

De diversos modos, uma responsabilização individual confundia-se com o caráter recíproco, que exige um reconhecimento como paciente oncológica implicado em formas de sofrimentos que são sociais (Kleinman, 1998). Na reciprocidade relatada em relação aos diálogos com a equipe médica, há, ainda, a prerrogativa de um enfrentamento que demanda responsabilidade; ou, melhor, que demanda respeito ao protocolo médico — “armas” conhecidas e confiáveis em razão das evidências científicas.

Uma perspectiva de luta, portanto, faz-se permanente com representações sobre o enfrentamento do câncer encarnadas como natureza. Sendo assim, as vivências vão legitimar condutas e escolhas que parecem “individualizadas”, mas que

são experiências sociais vinculadas às lógicas de integração e de estratégia e constituem, por isso, um trabalho marcado pela historicidade de determinantes e interdependências (Dubet, 2010).

Atribuir à experiência com a enfermidade o caráter de trabalho mostrou-se interessante para, a partir de uma centralidade do corpo, dar materialidade aos sofrimentos que são atribuídos como individuais e intransferíveis, mas que deveriam ser socializados, já que há um regime que naturaliza os riscos, muito além de uma rede de apoio ou da legislação voltada às condições da doença em si.

Quero salientar que, mesmo havendo autonomia da paciente oncológica, — conforme as lógicas apresentadas pela sociologia da experiência (Dubet, 2010) —, surgem causalidades múltiplas justapostas entre “ator” e “sistema”, que expressam o vínculo entre processos ora objetivos, ora subjetivos. Por isso, de acordo com 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 nossos).

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, ainda de acordo 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. Por ser um constructo, constitui um trabalho envolvido nessas lógicas de ação. A experiência com o câncer de mama constitui, então, uma experiência social e, portanto, a expressão da heterogeneidade do vivido, manifestada na tensão relativa ao tempo de realização dos procedimentos e às escolhas correspondentes. Com vistas a questionar a atribuição de papéis que encarnam uma natureza da feminilidade que atravessa, comumente, corporalidades, parece haver uma desidentificação que corresponde ao que Dubet compreende como 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 perspectiva crítica se faz fundamental na reflexão sobre a constituição do “eu” e, nesta esteira, da moral expressa em princípios de subjetivação ora autônomos, ora hierárquicos; ora na agência, ora na paciência, especialmente no que diz respeito às decisões relativas à reconstrução mamária. Logo, sem a pretensão de uma “ideologia do sujeito”, considera-se que a identidade é trabalho e, por isso, não implica uma 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 conjugou-se a um trabalho que, principalmente durante o tratamento, se impôs às mulheres como se deversem aceitar um otimismo sustentado por evidências científicas de sobrevivência, principalmente com o tratamento quimioterápico. Sendo assim, parece necessário confiar e aceitar o protocolo médico, como expressado relato a seguir:

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 nosso).

De modo geral, há uma cultura somática que atribui maior valor às estratégias pacíficas nas reivindicações de apoio público, institucional e financeiro. Assim, a “cultura rosa” configura-se como um movimento de consenso (Vásquez, 2017), essencialmente assistencialista e educativo no que diz respeito ao empoderamento e ao otimismo diante do processo saúde-doença.

De uma visibilidade da enfermidade atribuída à 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 mulher 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, a ira e as queixas diante de causas ambientais, bem como dos 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 o apoio social,

[e]xistem 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 nossos).

Há uma contribuição para a homogeneização de um estereótipo feminino e da celebração do individualismo neoliberal, sob o imperativo do otimismo, operando como responsabilização individual. Trata-se uma “tirania da alegria” que também deve atingir 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 nosso).

Como discutido por Moura *et al.* (2010), o câncer de mama carrega um estigma com forte repercussão psicológica na desestruturação biopsicossocial, questão

fundamentalmente discutido 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 reduz o cuidado de si ao cumprimento de prescrições voltadas ao aumento da autoestima e à qualidade de vida, frequentemente desconsiderando as condições socioeconômicas (Vásquez, 2017).

As experiências com a doença têm sido mais abordadas em pesquisas que consideram os relatos, tal como no clássico texto de Susan Sontag (1984), os quais denunciam a não cidadania da pessoa enferma e a 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 sofrimentos e vergonhas na identificação da pessoa com a doença, no caso do câncer de mama, por exemplo, há a incorporação de uma nova identidade da mulher, não somente pela enfermidade em si, mas também pela representação de feminilidade, uma vez que a mulher será submetida a um tratamento que, atualmente, via de regra, faz cair os cabelos e mutilar as mamas.

Entretanto, como Vásquez (2017) sugeriu, é preciso uma discussão pública sobre a experiência de 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 solicitar rescisão de contratos; dos custos para a judicialização, quando há limitações dos sistemas de saúde público e privado de saúde ou da seguridade social; dos custos com o cuidado de outras pessoas, comumente mulheres da própria família; e dos sofrimentos vinculados ao abandono de parceiros sexuais e das relações sociais anteriores.

Todos esses custos são individualizados e não há discussão sobre as relações entre a enfermidade e a responsabilidade pública e privada, a exemplo do debate sobre pesticidas e agrotóxicos.

Sendo a qualidade de vida uma prioridade, as mulheres exigem de si mesmas uma “repressão de sentimentos” que possam afetar a rotina de cuidados conforme orientada. Como pode ser observado no comportamento considerado elogiável 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 orien... 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 nossos).

Em síntese, as abordagens qualitativas em pesquisas sobre as experiências com o câncer de mama podem potencializar discussões sobre orientações relativas à reabilitação, diante da abordagem biopsicossocial, fazendo referência a um “ajustamento do autoconceito” relativo à imagem corporal do “ser mulher”, associada a um “desequilíbrio do self” (Antonio; Costa; Freitas, 2019).

Isto porque tais perspectivas mantêm uma noção de “essência” do feminino que, no caso da mutilação, passa pelo processo de “luto da feminilidade”. O aspecto funcional faz com que as mamas “determinem” o corpo da mulher e “demonstrem” a feminilidade, por serem “fontes simbólicas da vida e da maternidade”. A estética corporal, então, constitui-se como objeto psicossocial na promoção de um “resgate” da feminilidade ou de sua ressignificação e, assim, na construção de uma nova identidade. Defende-se 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 faziam confiar que o câncer é uma doença emocional, acreditava fortemente que seria abandonada pelo marido. No decorrer do tratamento, o companheiro a acompanhou em todas as sessões, o que a levou a qualificar aquele período como o melhor ano de sua vida. Virginia tinha no trabalho uma motivação para sobreviver e seguir com as responsabilidades marcadas, mais especialmente pela maternidade. A luta durante o tratamento se justificou pela preocupação com a filha, traumatizada pelo diagnóstico, entendido como uma “sentença de morte”. Sua paixão pela filha, o sentido de sua vida, implicava a 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 nosso).

O trabalho de maternar e de ser responsável pelos cuidados com a filha só poderia ser realizado por uma mulher; na falta dela, por outra. A luta tem maior valor diante da condição da filha. Para tanto, Virginia destacou o apoio que teve no ambiente de trabalho durante o ano de tratamento iniciado após a cirurgia. Não parar de trabalhar está justificado pelo cuidado de si.

Virginia demonstrava orgulho de sua programação para realizar as sessões semanais de quimioterapia às sextas-feiras, almejando estar fortalecida às segundas-feiras por meio de uma alimentação orientada para o consumo de alimentos de três em três horas — folhas verdes no almoço; cotidianamente ora-pro-nobis e couve, para evitar anemia; e muito líquido, incluindo água de coco. Há um orgulho de ter evitado os efeitos colaterais, o que significa um dispositivo da eficácia que orienta essa satisfação em não parar de trabalhar, representando, deste modo, uma força que adquire significância na cura (Csordas, 2008). Daquele considerado o melhor ano de sua vida, 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 *** [se refere à filha]. 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 nossos).

Buscando refletir para além de quaisquer atribuições de vaidade, Virginia relatou, no trecho a seguir, as transformações corporais experienciadas durante o tratamento. Assim é que Virginia disse ter se ocupado da “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 de valor às formas desejadas para a visibilidade do Outro, diante das interpelações da filha sobre os cabelos. Porém, Virginia 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 pequeninho 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 tempo 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: “Ô 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 doída 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 nosso).

Nota-se uma recorrência da afirmação de 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

não representar uma aparência desejável, tal como ter cabelos longos para as ocasiões comemorativas, 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 em relação aos “peitinhos” que nunca teve. Sua preocupação se mantém na busca pela satisfação da filha, pois se sente responsável pelo medo experimentado pela filha diante da enfermidade.

Adélia demonstrou gratidão por ter conhecido alguém que representava uma “parte masculina”, que expressou interesse em construir uma relação. Referiu-se à notícia do diagnóstico, recebida três meses após a 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, Dali? Aí, você já... [riso]. O ânimo seu já é outro! Aí, incentive 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 atra-vés... onde eu falo com ele que eu sou muito grata. Muito, muito, muito grata (Adélia, 2020, grifo nosso).

A beleza passa a significar algo essencial que não pode ser representado por uma imagem, mas é corroborada 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 relacionados ao ânimo para aceitar as transformações. Tal processo tornou-se ainda mais complexo devido ao

tempo exigido nos cuidados com a cicatrização, 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 nosso).

A percepção de uma mudança radical tornava tudo mais complicado diante do aconselhamento médico na avaliação para uma cirurgia de reconstrução. Tal confiança na orientação para o enchimento mamário está atravessada por uma feminilidade vinculada ao reconhecimento dos olhares alheios, que vão impactar na imagem corporal. Um dispositivo de eficácia pode ser atribuído na justificativa médica para evitar um constrangimento. Isto foi incorporado por Adélia por meio do uso de sutiã com bojo e 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 cismeiquei 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 pequeninho. 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 nossos).

Tem-se, diante deste relato, um atravessamento da feminilidade que necessita ser compreendido como constrangedor, particularmente pela sugestão do médico, o que corresponde a uma arbitrariedade patriarcal, encarnando uma demanda por preenchimento mamário para evitar uma situação que implica poder atribuir um juízo sobre a imagem corporal. Uma imagem corporal, então, não se trata de uma construção individual.

Ainda que não queira expor um sofrimento, ao dizer não conseguir chorar, justificando-se pelo apoio de sua crença sobre a força de Deus, Adélia se dedica a invisibilizar seu corpo, de modo 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 nosso).

De outro modo, Nélida tem como “conflito emocional” a separação traumática não finalizada judicialmente, o que

se sobrepõe às demais intercorrências. Para Nélida, o primeiro diagnóstico data de pelo menos seis anos, quando foi realizada a mastectomia da mama direita. Mesmo que “lembre” da ausência da mama durante um banho, não a considera “fator principal” de suas preocupações. Menciona, ademais, que lembra da mama em razão da relação com a filha, como pode ser lido no seguinte relato, evitando 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: “Mãe, 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. Esquentava 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 nossos).

Ainda que Nélida repetidamente afirmasse não ter “problema em enfrentar” olhares dirigidos a 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 como um “reparozinho” pode dizer respeito aos sentidos da imagem corporal e 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 deveria se desprender das atividades cotidianas que tanto a satisfaziam. Ocupada com a manutenção de suas atividades, Cora compreendeu a luta como uma forma de foco que não costumava experimentar. Contou com o apoio de um dos filhos para 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 falam 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 nosso).

Na experiência de Cora, ainda sob um dispositivo amoroso, a escolha pelo recolhimento foi entendida como uma atitude egoísta, também associada à ideia de não se impor com o marido, o que foi corroborado pela decisão de não realizar a 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 nossos).

Já com as filhas maiores ingressando em curso superior, Lygia, que historicamente assumiu o papel de pai e mãe, entendeu a experiência com a enfermidade como uma experiência que contribuiu 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 nosso).

Sentindo-se exigida a ser mãe e pai ao mesmo tempo, identificou-se como superprotetora e perfeccionista, e entendeu que isso constituiu um “peso”. 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 observado no relato a seguir sobre a 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? 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 nova, 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 nossos).

O relato de Lygia é um exemplo da associação da beleza com a sexualidade, de modo a normalizar um “lado feminino” como um atrativo para as práticas sexuais e que, por isso, as escolhas passam a ser objeto de responsabilização, mais particularmente aquelas vinculadas ao casamento, à passagem para a vida adulta e à procriação. Nas relações de confiança, sua crença na generosidade de Deus justificou o encontro amoroso depois de uma história na qual foi socializada para se limitar a um casamento.

Um atravessamento da feminilidade a fazia desacreditar que encontraria afeto em um corpo não mais representativo de uma juventude, tal qual uma “menina”, que ela associou à beleza. 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 nosso).

Sendo uma profissional da saúde, Clarice se sentiu ainda mais cuidada e com protagonismo garantido, o que a fez se sentir respeitada nas decisões sobre os procedimentos escolhidos. As justificativas para realizar as escolhas têm a cura como expectativa, expectativa esta 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 nosso).

Tal decisão implicou um processo intersubjetivo em torno do procedimento cirúrgico, apoiado pelas orientações da oncologista e do 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 nosso).

A identificação como paciente e como mulher encontra também no dispositivo amoroso uma representação da força, pois, como relatou Clarice, foi surpreendente permitir-se ser cuidada e aceitar uma dedicação ao tratamento, diante de uma rotina intensa, especialmente devido às atividades profissionais. Surpreender-se ao perceber que recebeu mais cuidados em uma situação na qual é comum o abandono por companheiros é expressão de um atravessamento da feminilidade na 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 nossos).

E o fato de relatar não se sentir 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 nosso).

Ao relatar o sentimento de força como algo positivo, a partir do impacto diante do horror dos procedimentos cirúrgicos, qualquer expectativa associada a um sentimento de “falta” tem menor valor. A imagem corporal foi diferentemente percebida conforme as práticas corporais que, como pode ser observado nos relatos de Clarice, estão aliadas à independência e à autonomia, a exemplo da transformação que experimentou 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. Isto foi condizente com a confiança no tratamento diante dos efeitos da queda dos cabelos com a quimioterapia.

Também como profissional da saúde, Carla considerou-se privilegiada com a formação da rede de apoio que a fez sentir-se protegida, interpretada como uma intervenção divina em cada processo de enfrentamento. Isso pode ser melhor compreendido na menção de um esquecimento das dores intrínsecas a este lugar de paciente e de retirada de 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 nossos).

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 preenchimento, pois a intervenção cirúrgica com inserção de prótese de silicone foi realizada imediatamente após a mastectomia.

Carla faz uma retrospectiva de sua vida diante do espelho a partir da noção de que uma cirurgia complexa representa um risco de vida, em especial fazendo referência à 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*. Antontem! 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 nosso).

Os sentimentos de Carla exprimem um reconhecimento do seio como constitutivo de sua concepção de mulher, sendo a amamentação, isto é, o exercício da maternidade, o

aspecto mais importante. A despedida significou gratidão e um sentimento de plenitude, de uma história consumada, de um corpo que cumpriu a sua função: “foi feito tudo”. A guerra contra o câncer de mama 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. Agradei por tudo o que eles tinham me proporcionado [pausa]. Agradei 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 o 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... tranqüilona. [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 nossos).

A narrativa de guerra diante da expectativa de “arrancar o mal pela raiz” é exemplar neste sentido. Entretanto, há outra feminilidade, afinal, como Carla 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 proporciona compreender uma agência voltada à construção de novas relações com o próprio corpo.

No caso de Elisa, assim como no de Clarice, houve uma perspectiva pragmática, de receio da rejeição da prótese de silicone, mas, aconselhada pelo marido e a irmã, decidiu pela reconstrução como um procedimento a se realizado 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 quê? 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, grifos nossos).

A mastectomia deixou sua marca de guerra, mas todo o processo se deu de forma ansiosa, de modo que Elisa evitou

refletir para 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. Durante a consulta com o cirurgião plástico, ao ser informada sobre o procedimento da mastectomia, Elisa viu resultados que considerou “cada coisa mais horrorosa que outra!” e pensou, revoltosamente, em não fazer a reconstrução. Foi “um banho de água fria”, somado com o medo das rejeições, considerando o tratamento que ainda viria, mas que, em conversa com o esposo e a irmã, decidiu aceitar o procedimento.

Elisa considerou que a intermediação da irmã e do marido foi decisiva para a aceitação deste procedimento. O que também atribui como uma decisão muito provável, sendo conveniente executar a cirurgia, já que seria submetida, no mesmo momento, ao bloco cirúrgico para a mastectomia. O pragmatismo a respeito dos procedimentos serem feitos de imediato é o argumento mais presente, mas que demanda o trabalho cirúrgico da mastologia e da cirurgia 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 autoestima 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 nosso).

Carolina entendeu o marido como um amigo que a motivou a aproveitar a vida, tentando seguir a rotina já estabelecida entre eles, e encontrou na mãe o amparo para 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. Somou-se, ainda, 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 meu 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 preocupei 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 nossos).

Pode-se dizer ainda que os atravessamentos da feminilidade associados a uma imagem corporal que não deve se

restringir a uma referência de reconstrução mamária, aparecem no 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 à modelo, que não possui implantes, e da ideia de que a vaidade se vincula à 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 nosso).

Deste modo, Carolina enfatizou sua confiança na equipe médica diante da classificação do tipo de câncer que a enquadrava como uma paciente de alto risco, considerado

por ela um “pesadelo” ao receber o diagnóstico, como uma “sentença de morte” associada ao 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 enfrentar novamente um câncer, aceitou as recomendações de manter foco em um trabalho psíquico de agradecimento em detrimento de reclamações. Era importante reforçar a “vida que segue” sem “mergulhar” no diagnóstico e, assim, afirmar a vida como uma prioridade na forma de viver sem reclamações.

Ademais, para Carolina, as condições de sua vida foram ccontribuíram para a satisfação no cumprimento do protocolo, mesmo que a fase da reconstrução mamária implicasse o medo do câncer estar associado ao implante de silicone, já que havia realizado anteriormente uma cirurgia de implante de silicone e que, nesse momento, pensou em dispensar, uma vez que associou a uma vaidade que, sendo exclusivamente estética, tinha menor importância. Já ter realizado um procedimento cirúrgico a fez temer que a prótese tivesse sido a causa do câncer e, assim, sentiu-se obrigada à recusa de uma intervenção estética para dar maior valor à cura, o que, também de forma incisiva, manifestou-se de forma durante o diálogo com a médica oncologista.

Neste sentido, a relação médica-paciente foi, mais uma vez, determinante, afinal, reforçou aquilo que considerava assustador: seria a prótese de silicone a causadora do tumor identificado, tardiamente, já com 4,5 centímetros? Carolina confiou nas evidências científicas apresentadas pela médica, o que não permitiu que ela recusasse a cirurgia de reconstrução mamária. Sentiu-se mais confiante depois que leu relatos de mulheres sobre traumas, nos quais se valorizava 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 atropelai 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 nosso).

Uma reconstituição do *self* pode ser entendida quando Carolina se referiu a uma perspectiva egoísta desta nova definição de si, correspondente a uma autoestima vinculada à vontade de estar viva para “usufruir” ao invés de “destruir” as possibilidades 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! Aí, 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 psicólogo está respondendo muita coisa aqui dentro de mim**” (Carolina, 2020, grifos nossos).

Aceitar o protocolo cirúrgico, como se pode compreender, diz respeito à confiança na equipe médica, atravessada pela feminilidade como justificativa recorrente para orientar a reconstrução com prótese. A autopercepção é inseparável de um processo intersubjetivo, descrito por Carolina como um trabalho associado à sensação de confiança nos resultados, refletida em relação ao tempo vinculado a cada fase. A justificativa de garantir um bem-estar psicológico a levou a afirmar que se manteve ocupada com a autoestima e, assim,

conseguiu até mesmo esquecer o câncer.

Conforme relatou, seguiram-se dois anos de um processo de “recomposição” diante das dores sentidas, visando não tê-las “gravadas na memória”. Dores estas expressas ao relatar a rejeição da prótese da mama esquerda, o que levou à retirada cirúrgica após a primeira sessão de quimioterapia, quando já não havia detecção de células cancerígenas.

Escolher dar menor valor à assimetria, mesmo se referindo à estética pós-cirúrgica como uma “diferença infinita” entre as mamas, significou que tal desconforto não lhe tirava a paz, o que remete à reflexão sobre o estado de alma ao qual a imagem corporal é associada (Bourdieu, 2009).

Há uma responsabilização individual para uma decisão que, de modo geral, já se encontra reconhecida em um esquema de inteligibilidade que condiciona e produz normas para o corpo, sem 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 passou a servir de alerta para Elisa, por exemplo, como no relato a seguir, quando descreveu 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 horrosa! 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 nosso).

E por mais que o processo de tratamento esteja implicado em sofrimentos, o esquecimento da dor pode ser

entendido como uma referência para compreender que “uma teoria dos movimentos variáveis dos corpos habituados a reagir, reproduzir e modificar estruturas” (Young, 2003) importa para repensarmos a corporeidade.

Analisar 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 mediada, principalmente, pela sugestão médica, há um senso prático que justifica escolhas que, não necessariamente, estão vinculadas à feminilidade, mas também à significância do 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 sabia... 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 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 nossos).

Não obstante, será uma luta permanente que tende a caracterizar as condições clínicas dessas mulheres, uma vez que exames esporádicos continuam sendo realizados e uma metáfora da guerra acaba sendo acionada, como se um "inimigo" devesse ser combatido e eliminado, como pode ser lido no relato a seguir. A frustração de Carla expressa a imprevisibilidade de um seguimento clínico, que afeta as funções esperadas em sua rotina, no caso, relativas à profissão, à maternidade e 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!" 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 nosso).

Portanto, uma luta permanente demanda uma inter-subjetividade que, no caso de Raquel, pareceu fragilizada. A seguir, o relato dela permite refletir 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 'tiuhh' e água abaixo! Tipo assim, **você faz um plano, mas Deus já tem outro plano para você**, não é? (Raquel, 2021, grifo nosso).

Mas Raquel não teve uma rede de apoio consolidada para que uma relação de proteção se constituísse junto à equipe. É essa ausência que pôde se verificar na situação relatada, no sentimento de derrota que não parecia partir dela, mas do desprezo do médico em dialogar sobre a condição de

metástase diagnosticada. Parece que, conforme seus relatos, a ansiedade sobre um prognóstico não informado, ou devida-mente explicado, era interpretada como um comportamento inaceitável, uma vez que relatava estresses constantes e não ter mencionado cuidados paliativos, por exemplo. Mesmo com as investigações que se seguiram aos exames, há uma evidente ausência de diálogo, como é possível entender do seguinte relato:

Avaliou. Porém, o avaliar dele é assim entre ele e, por-que 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. Mas, 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 nossos).

Para ela, a hostilidade se deu já no início da consulta e o constrangimento foi vivenciado sem possibilidade de mudança, 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 aquisição de

medicações, conseguindo o apoio de outras pacientes para ter um leito em Montes Claros e, assim, evitar o deslocamento diário no ônibus da prefeitura, que, apesar das tentativas, não reservava uma poltrona que evitasse a intensificação das dores. O estresse foi incessante e isso pode ser compreendido da 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 a interesses políticos e a um valor social atribuído à enfermidade. Em sua pesquisa, confirma-se que o primeiro procedimento cirúrgico de retirada de tumores mamários se deu na década de 1890, no Hospital Johns Hopkins, 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 e dez anos, e registrou a reincidência do tumor. Para evitá-la, a mastectomia radical foi recomendada. 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 nossos).

Para Barron H. Lerner (2001), a obsessão com a teoria halstediana, uma vez que o procedimento foi popularizado, contribuiu para a construção de um paradigma que foi dominante por quase um século. Segundo sua pesquisa, das mulheres operadas por Halsted, sob a promessa de “cura”, considerados três anos após a cirurgia, 64% tinham morrido de câncer de mama (Lerner, 2001).

Assim como Mukherjee, Lerner (2001) afirmou que essa aceitação da mastectomia radical se deu por uma série de estratégias que promoveram, entre médicos, por meio de treinamentos, e junto ao público, a legitimidade de um estudo estatístico que demonstrou 43,2% de mulheres sobreviventes, publicado em 1924, também considerando três anos após o procedimento. Tal estudo acompanhou 20 mil casos. Isto fez com que, como afirmou Mukherjee,

[...] 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).

Essa perspectiva da sobrevivência foi estabelecida e tal protocolo, como afirmou Lerner (2001), ainda em 1968, nos EUA, foi aplicado a 70% das mulheres com câncer de mama. Somente nas décadas de 1970 e 1980, pesquisas randomizadas coordenadas pelo pesquisador e cirurgião Bernard Fisher, da Universidade de Pittsburgh, demonstraram a eficácia da remoção de apenas o tumor ou parte da mama, além de selecionarem grupos-controle para avaliar a eficácia da radioterapia.

Apesar das inovações, no final da década de 1970 os estudos sistemáticos nos hospitais de câncer tinham profissionais especializados para utilizar os recursos do Instituto

Nacional do Câncer para estudos multi-institucionais em grande escala, de modo a distribuir 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 o desenvolvimento da radiação e da quimioterapia, a opção pela mastectomia radical ainda integra experiências associadas aos tratamentos quimioterápicos que vão alterar os limites corporais.

Neste contexto, como referido por Mukherjee, a ressonância magnética da mama, o teste para identificação da mutação genética BRCA-1²⁷ e, conforme o caso, o uso tamoxifeno têm sido utilizados como formas de prevenção e suporte à tomada de decisões. Entretanto, essas práticas exigem acesso às tecnologias mais recentes de detecção, e a feminilidade atravessou os discursos sobre as etapas do tratamento, mais particularmente no que se refere à reconstrução mamária, sendo importante, por isso, ressaltar que,

[...] 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

27 Trata-se de genes presentes no organismo humano. A sigla deriva do inglês *Breast Cancer* (câncer de mama), havendo os genes BRCA1 e BRCA2, que codificam proteínas supressoras tumorais. Há testes para identificar alterações genéticas compreendidas como mutações genéticas.

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, tomando de empréstimo as categorias de análise de Bourdieu (2009), como uma tentativa de universalização na qual disposições e condições são ajustadas na constituição de um campo no qual um *habitus* se torne crível. Há um senso prático, sob um princípio de divisão fundamental do mundo social e do mundo simbólico, que vai orientar este universo social, dotado de instituições de totalização e unificação do eu, na qualificação de um “si mesmo” como responsável, previsível e 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, o que interessa aqui pensar a experiência, mais especificamente como 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 em individualidades corporais e nas condições clínicas de cada paciente, procedimentos que podem ser compreendidos, em 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 reconstrução mamária à autoestima.

A partir dessa história objetivada que garantiu a constituição de um campo médico, o *habitus* é uma história incorporada. Se os acontecimentos permitem a incorporação de uma infinitude de elementos gerativos, ou melhor, uma produção de práticas que conformam o *habitus*, ainda que haja limites impostos pelas “condições históricas e socialmente situadas de sua produção” (Bourdieu, 2009, p. 91), profissionais da saúde contribuem para a conformação de 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 articula um sentido objetivado do campo médico e, mais amplamente, do campo da saúde, com um sentido prático 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 das pressões e dos limites impostos pelas evidências científicas. Ainda que, aparentemente, as práticas sejam autônomas, pois há um senso subjetivo por meio do qual se estabelece um jogo de participação e reconhecimento das ações,

essa 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 nesse sentido que a feminilidade atravessa a trajetória de vida de cada uma das mulheres e se expressa em relações que têm na sujeição um processo constitutivo. No entanto, trata-se de um assujeitamento que se dá na socialização de modo a constituir 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 contradições diante da experiência com a enfermidade.

A feminilidade interfere, a todo momento, nas condições de vida e, ao se responsabilizar pelo tratamento, exige-se da mulher uma identificação como paciente oncológica para lidar com as tensões diante da rotina de exames de acompanhamento. A metástase é 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 nossos).

A metástase significou derrota — não apenas pelo medo relatado pelas mulheres, mas ainda mais na relação que Raquel teve com o tratamento disponibilizado. Sua experiência, em vez de contribuir para um método específico de cuidados, revelou a desesperança quanto à cura e uma indeterminação dos ciclos de tratamento quimioterápico. Do diagnóstico tardio à busca não atendida por exames, passando pelas interpelações marcadas pela irritação de profissionais médicos em diferentes fases, Raquel expressava ansiedade generalizada.

Pagava uma advogada para dar andamento ao processo do divórcio, e a filha de dezenove anos se manteve na cidade onde vivia o ex-marido. Recebeu o diagnóstico assim que concluiu esse pagamento, valor equivalente à integralidade de seu salário como babá. Tal ansiedade se agravava diante das circunstâncias de negligência — não ter recebido a recomendação de exame mamográfico devido à idade e ter passado por intervenção cirúrgica na mama para retirada de nódulos sem que o material fosse encaminhado para análise. Raquel atribuía o diagnóstico de metástase a esse histórico e, mesmo com a continuidade de relações hostis, dedicava todo o seu tempo em busca de uma solução, como se pode observar no relato a seguir.

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, vocês... 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 com raiva!**” (Raquel, 2021, grifos nossos).

É possível interpretar que a percepção sobre morrer levava Raquel a tratar o viver como um enfrentamento permanente — diante de quaisquer circunstâncias, a todo tipo de tratamento —, sustenta por uma crença procedimento cirúrgico talvez associada ao velho ditado “tirar o mal pela raiz”.

Entretanto, há uma impaciência que se mantém nas relações, como se o comportamento de Raquel não fosse adequado ao comportamento esperado de uma paciente oncológica, como se a responsabilidade em acatar as informações devesse estar garantida. Somava-se a isso o estresse do deslocamento semanal para o tratamento, com uma viagem de cinco horas de ônibus. Uma responsabilidade individual pode ser confirmada na relação médico-paciente, expressa na 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 da paciente 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. Ô 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 nossos).

A atitude insubordinada de Raquel pareceu atrapalhar a luta permanente que não deveria excluir o fato de ser 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 identificada uma hérnia no abdômen. Prevaleceu a crença na imagem para um diagnóstico e uma intervenção que poderiam acontecer em tempo hábil. além disso, ela gostaria que fosse feita uma biópsia para descobrir logo e fazer alguma intervenção. Para ela, os atrasos no sistema de saúde e os diagnósticos equivocados provocaram o avanço da doença, culminando em metástase. As brigas com médicas/os se davam de antemão, com ela na expectativa de 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 descobrido 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 camí... 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 nossos).

Sua ansiedade, traduzida em estresse, expressava o desejo de prosseguir com um tratamento que contasse com um diagnóstico mais rápido e certo. O modo como as conversas com médicas/os se desenrolavam não deixava em Raquel qualquer abertura para o 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 como prosseguir com um novo tratamento diante da ausência da cura. Mas a fé em Deus a manteve fortalecida no enfrentamento contra o câncer, mesmo diante de uma experiência estressante marcada pelo deslocamento e pelas queixas que a acompanharam até o fim.



03 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).

Ainda que os receios com as intervenções corporais tivessem atravessamentos da feminilidade, foram as apreensões com a manutenção da vida – ou melhor, com a sobrevivência – as expressas como atributos de maior valor. Quando as mulheres faziam referência aos aprendizados diante do enfrentamento da enfermidade, foi na vivência com as pessoas e nas experiências de amor que qualificaram um cuidado de si. Este cuidado foi intensificado diante de uma reconstrução de si. A feminilidade se desloca, ainda que haja constrangimentos sobre a aparência, e implica um olhar sobre

o próprio corpo, que dispõe da capacidade de avaliar o que importa. Um estado de alma vai significar a reflexividade que se mostrava ausente quando uma fronteira entre saúde e doença se estabelecia no imaginário, quando a saúde parecia estabelecida. Nas palavras de 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. Trata-se não do trabalho de produção do eu devido à experiência, mas de um olhar sobre si mesma como outro — o desejo de um outro de si mesma (Haraway, 2004; Ricouer, 2014) —, sendo que a vivência com o câncer de mama está implicada, conforme as singularidades do organismo, na condição de todo corpo humano.

Daí fala-se 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. Sabe-se que existem tecnologias acessadas apenas por pessoas ricas e que o SUS não disponibiliza em suas tabelas de procedimentos. Isso faz com que interpretações a respeito da idade, da conjugalidade e da maternidade, por exemplo, justifiquem as orientações para as escolhas de procedimentos cirúrgicos que extrapolam as condições fisiológicas e clínicas das mulheres.

Em diálogo com Judith Butler (2016b), um exercício de deslocamento para analisar categorias de identidade

contribuiu para interpretar uma representação que qualifica o feminino, porque há uma função normativa na linguagem que revela ou distorce o que é tido como verdadeiro. A 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 — revelou a exclusão da apresentação do peito sem mamas. Há uma crescente fabricação de materiais — quando não há intervenção cirúrgica, seja por situação provisória ou permanente — para invisibilizar ou disfarçar a “falta” de uma ou das duas mamas, mais ou menos sofisticados conforme a tecnologia aplicada, tais como enchimentos de alpiste envoltos em náilon, como as meias-calças, ou sutiãs confeccionados com abertura para a inserção de uma prótese externa, material similar aos já conhecidos bojos, adaptável para que seja escolhido o tamanho do enchimento. A ausência de reconhecimento dos corpos mastectomizados — ou seja, a não apresentação de um peito sem mamas — está implicada na constituição, ao longo da história da humanidade, dos corpos de mulheres. É sabido, especialmente com o desenvolvimento dos saberes médicos, que uma apresentação da feminilidade com formas ditas “femininas” diz respeito a um esquema de inteligibilidade entendido como condicionante da 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 dessas intervenções, seja por questões financeiras, como recursos próprios ou pelo SUS, seja por vias fisiológicas e das condições clínicas. Ademais, os discursos de uma “cultura rosa”, discutidos no primeiro capítulo desta tese, estão presentes no contexto brasileiro. Dito isto, é possível afirmar que não há um debate sobre os termos do reconhecimento que enquadram os corpos

mastectomizados. Ainda que a decisão seja da paciente, conforme o consentimento para os procedimentos cirúrgicos, as orientações médicas acabam sendo acolhidas com maior ou menor angústia, ansiedade e/ou medo, diante dos riscos e do processo de recuperação que inclui a cicatrização e, mais particularmente, para a reconstrução mamária com a inserção de prótese de silicone, incluída adaptação de outras práticas corporais, tal como a drenagem linfática, recomendada para aliviar os sintomas do processo inflamatório, tais como inchaço e dores.

Mesmo que reconheça 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). Os seios concentram a representação de uma feminilidade colocada em questão, com maior valor perante outras condições, tais como a alimentação e as atividades físicas — a começar pela especialidade da fisioterapia — e do trabalho que envolve a realização dos procedimentos no âmbito da domesticidade, ou seja, dos cuidados pós-cirúrgicos que representam 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 quanto a fatores como risco, baixa renda, local de moradia e logística para deslocamentos, afastamentos do emprego e relações com as finanças, acesso aos cirurgões plásticos, às

instalações e disponibilidade de todos os recursos em sala cirúrgica. Farnsworth 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.

A perspectiva da reconstrução mamária representou um senso prático. Ao analisar se a reconstrução mamária seria um determinante para a preservação da feminilidade para as mulheres participantes da pesquisa, avaliou-se 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 em relação a 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). Nesse sentido, conjuga-se

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, quando a responsabilização é individual — e não uma intersubjetividade na vivência das condições da enfermidade reconhecida —, será o comportamento resiliente, por exemplo, nesta “luta permanente”, o 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 aquelas que não podem acessar as tecnologias mais avançadas ou que não são orientadas para um tipo cirúrgico estético que resulte em um peito plano. Ou ainda quando a orientação para menor sofrimento poderia ser o encaminhamento 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 nem constituir representação. Daí, a proposição ética de Butler, que, ao problematizar o sujeito, em vez de uma ontologia do social — 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 para a abjeção, logo, ao não reconhecimento e ao provável extermínio.

Sendo negada uma condição de “entrega” e aceitação sobre os procedimentos, Raquel recusa a incorporação de um comportamento reconhecido como condizente com a “luta permanente”. Se as crenças práticas, como avaliou Bourdieu (2009), dispõem um estado de corpo, um tratamento do corpo real e um corpo legítimo, espera-se 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 se tratam somente de incorporações de práticas neste processo de subjetivação. Há uma potencialidade somática que, como analisa Paul Preciado, funciona como uma prótese de subjetivação diante dos efeitos de gênero que qualificam 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 tem um sentido atribuído por meio de sentimentos e pensamentos, porque se associam ao ordenamento de práticas, rituais, encenações e performances que dão expressão corporal aos afetos. Considerando que a afeição é inseparável de uma relação com a linguagem e com o tempo, ambos expressões 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 compreendida 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.

Desse modo, a incorporação de 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 saber comum. Mas isso não se fixa. São práticas justificadas conforme a legitimação que as envolve, afinal, toda ação demanda justificação (Boltanski, 2000). A ideia de que as ações humanas estão implicadas em atividade social comum, ou seja, que toda experiência humana é derivada socialmente, vai ressignificar as 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 esse processo, implicados, por exemplo, na autoestima. Somente é possível avaliar os níveis de bem-estar durante o tratamento considerando seus impactos na qualidade de vida pós-tratamento uma vez que o câncer é uma doença crônico-degenerativa.

Por isso, o cuidado de si vai além da socialização e só pode qualificar experiência interior de modo a identificar o biopoder que reside em cada uma de nós (Bataille, 2020). A

experiência interior não implica ação: não há relação, não há divisões, nem mutilações, mas comunicação sobre a “inteireza”, a plenitude, que acaba por revelar um estado de ágape (Boltanski, 2000). Em ágape, essa forma de amor, há ausência da justificação. Neste âmbito, não há justificativa, mas também pouco se trata de uma verdade. A experiência continuará sendo “tecnodigerida” sob desejos de “si mesmo”, mas si mesmo como Outro, 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 n.º 9.797/1999, 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”, teve recente alteração — proposta de emenda do Senado Federal ao Projeto de Lei n.º 2.113/2019 — para garantir a simetrização da mama contralateral, a substituição de implante mamário e atendimento psicológico e multidisciplinar. Como relatado pelo senador Flávio Arns, uma das justificações é 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 tomou forma em 1997 a partir do Projeto de Lei n.º 3.769/1997, 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 tal mutilação estava conformada a um sistema de saúde não “bem concebido e estruturado”, marcado por “descontinuidade, fragmentação e falta de recursos”. Afirmou,

ainda, haver “falta de medidas, sabidamente simples e eficientes, de caráter preventivo”, tais como campanhas de informação e procedimentos educativos, com o objetivo de evitar que mulheres com um “estado avançado de malignidade” sejam submetidas ao “processo radical” que é a mastectomia. A proposta assinada em 23 de outubro de 1997 compôs 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, 1997, p. 2, grifos nossos).

No parecer sobre este projeto, elaborado pela relatora Jandira Feghali, foram justificadas as “sequelas” como uma omissão do Estado a fim de confirmar que o projeto deve garantir a recuperação da autoestima, mesmo nos casos de intervenção cirúrgica não decorrente de câncer, fazendo referência a uma emenda constitucional da deputada Maria Lúcia. Jandira acrescentou, ao justificar a emenda, a urgência para a prevenção e o diagnóstico precoce e afirmou que, conjugado às comemorações do Dia Internacional da Mulher, o projeto representava um “presente imensurável para a mulher” para “melhorar sobretudo sua autoestima”.

Depois da aprovação da mencionada Lei n.º 9.797/1999, no ano seguinte, Jandira Feghali encaminhou o Projeto de Lei n.º 3.107 para complementar tal atendimento “reparador” exigindo a utilização de “todos os meios e técnicas necessários” e estender a exigência aos planos e seguros privados, no escopo da “saúde suplementar”. Aprovado como Lei de n.º 10.223, de

2001, que alterou a Lei n.º 9.656, de 1998, referente aos planos privados de saúde, o projeto eliminou a noção de estética anteriormente mencionada, pois constituía um item de exclusão na cobertura de despesas: “cirurgias plásticas estéticas não restauradoras de função”.

Foi neste âmbito que nova alteração posterior, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária, foi aprovada por meio da Lei n.º 12.802, de 24 de abril de 2013. Garantindo, assim, que esta intervenção seja realizada imediatamente após a cirurgia de remoção completa das mamas — a mastectomia —, em 2016, o Projeto de Lei n.º 4.409, proposto pelo deputado Carlos Bezerra e convertido na Lei n.º 13.770/2018, 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 à mastectomia foram submetidas a intervenções reparadoras, ainda que as evidências científicas confirmassem condições a viabilidade clínica da 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 nosso).

Na tramitação da proposição, a deputada Maria Helena, como relatora da Comissão de Defesa dos Direitos da

Mulher (CMULHER), afirmou que uma condição negativa pode ser revertida por meio do investimento na feminilidade associada à “psicologia da mulher”, de modo a sustentar 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 nossos).

As justificativas mantiveram-se semelhantes 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), segundo o qual

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 nossos).

Por fim, segundo esta relatora, o projeto vem somar-se à proposta da deputada Laura Carneiro, em 2017, ao rememorar a aprovação da proposta conforme os pareceres da CMULHER e da Comissão de Seguridade Social e Família

(CSSF), com vistas à substituição de implante mamário, o que contemplará a reabilitação das pacientes, já que visa a

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).

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 no Dia Internacional da Mulher, 8 de março daquele ano. Foi publicado como Lei Ordinária n.º 14.538 em 3 de abril de 2023. Dessa forma, a lei garante atenção à complexidade da reabilitação diante de possíveis complicações pós-cirúrgicas, com acompanhamento psicológico e multidisciplinar. O projeto de lei assegura ainda 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. Isso porque visa garantir, como consta em relatórios posteriores, uma “sensação de completude”, dado 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 nos serviços de saúde que inclui, principalmente, fisioterapia — por afetar a rotina na continuidade de atividades laborais, particularmente para mulheres pobres, devido à carga horária em serviços ou empregos.

Os projetos mencionados respondem a uma reivindicação que se estende desde a década de 1970 (Lerner, 2001),

quando foram questionadas as práticas da mastectomia radical. Todavia, ainda que existam tecnologias e 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). No que se refere à reconstrução imediata, conforme prevê a Lei n.º 12.802/2013, o número cai para 10%.

Por isso, o enquadramento normativo baseado na reiteração de justificativas sobre a reconstrução mamária não é coerente com a realidade da maioria das pacientes. Ou melhor, fazer referência ao procedimento como intransponível para a autoestima contribui para manter um constrangimento que implica fatores ansiogênicos evitáveis.

No caso das justificativas dos projetos de lei e, pode-se dizer, das sociedades médicas, quando uma intervenção sem enchimento seria possível, a menção à “falta” ou “perda” da feminilidade tem um efeito de gênero. Tal efeito atribui às mamas uma representação de plenitude — ao pressupor uma “inteireza” — e exclui a possibilidade de um peito sem mamas.

No âmbito desta pesquisa, a escolha por uma cirurgia estética sem enchimento não foi uma opção apresentada a nenhuma das mulheres. Quando houve recusa da reconstrução mamária com enchimento — predominantemente a prótese de silicone —, as reações oscilaram entre o elogio à atitude excepcional e o aconselhamento para que se dedicasse mais tempo à decisão, diante de um corpo sem mamas imaginado como desprezível. É possível inferir, conforme matéria intitulada “Novos construtores de autoestima”, na revista Rede Câncer (Inca, 2014), que há uma hegemonia na 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, cabia à especialidade da cirurgia plástica

formar a equipe cirúrgica, a formação de mastologistas visa a que as reconstruções sejam realizadas no mesmo momento da mastectomia. Entretanto, considera-se que o enchimento não é imprescindível, ainda que seja tratado como prerrogativa para a autoestima. Isso porque toda intervenção cirúrgica demanda um procedimento estético devido, primariamente, à cicatrização. Não se pretende uma discussão aprofundada sobre a cirurgia estética de fechamento plano; no entanto, há que se reconhecer a estética “plana” na mastectomia como uma opção cirúrgica (Antonio, 2020).

3.2 FEMINILIDADES ENCARNADAS: VIDAS QUE IMPORTAM

A constituição de binários orientadores dos mais diversos princípios, doutrinas, dogmas e teorias tem no marco histórico da modernidade uma racionalidade que Miriam Adelman (2016) caracteriza como perspectiva estruturada com base no masculino. A principal justificativa é a prerrogativa de “sujeitos” para determinar modos de regulamentação a respeito dos “objetos” e, assim, definir normas para a confirmação de uma denominada “razão” —que subordina aspectos instáveis, como as emoções, a um nível inferior na classificação que define o lugar de cada elemento na estrutura. São as justificações que sustentam uma produção discursiva que, por ser binária, aciona a feminilidade conforme aspectos consolidados a respeito do feminino, subjugados às diferentes formas de fragilidade que caracterizam uma precarização (Butler, 2019).

Diante disso, defende-se que a noção de feminilidade atravessa as formas de vida sob expressões passíveis de diferentes interpretações na criação de representações que podem, em vez de implicar uma perda que necessite

reparação, expressas uma outra forma de vida e, portanto, outras representações de feminilidade.

Se a modernidade significa a constituição de um binário masculino-feminino, as análises de fenômenos visando compreender regularidades tornaram, comumente, implícitas as intenções para um controle e uma reprodução desta constituição. Ou seja, foi uma “vontade da verdade” no decorrer do desenvolvimento do conhecimento do corpo da 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 atribuíram a uma razão natural o papel de preceito básico na funcionalidade de uma lei geral do comportamento, em vista da socialização (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 de adequação e de resistência às paixões e às volições.

Em coerência com a perspectiva da modernidade, há requisitos para as normativas da subjetivação e da objetivação a fim de instaurar uma “razão legislativa naturalista”. Entretanto, a formação de valores comunitários, compreendidos conforme as convicções humanas, em sua historicidade, demandou a constituição de quadros categoriais como constructos valorativos que têm as ações humanas como os “objetos” de análise. Ou melhor, trata-se de 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 nosso).

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 que há uma singularidade no processo de subjetivação, a universalidade do sujeito pode ser dispensada, mas entende-se 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 justifica as intervenções corporais.

Diante dessa perspectiva, 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 as determinações concretas e abstratas que delas derivam, fazendo 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 e das vivências,

percebe-se como a percepção analítica — este exercício de um relato de si mesma — faz reconhecer uma experiência que só pode ser acessada pela 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).

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 apresenta 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 — um ato de marcação que transforma a diferença de instituição em distinção natural —, produzindo efeitos 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 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 (Bourdieu, 2009, 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 uma dinâmica que, de certo modo, questiona permanentemente uma episteme rumo a uma articulação de disciplinas que deve contribuir para combater um biopoder (Latour, 2007). Isto porque entende-se que uma articulação das controvérsias nos processos de incorporação deve expressar as diferenças que afetam o corpo, ou seja, diferentes pro/posições, lugares, com/posições e recursos extra-somáticos. Nas palavras de Bruno Latour:

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” hão 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, 2007, 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 fundem e se diluem os dualismos modernos. Trata-se de uma ativa corporalidade

que pode ser compreendida na redefinição do conhecimento, expressa 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 nosso).

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 no reconhecimento de que a subjetividade tem 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 por uma ordem, mas por significações intersubjetivas sobre as quais uma interpretação pode se dar mediante a 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 as subjetividades se multiplicam, 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 a partir 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 —as manipulações e os testes em busca da “verdade” — visam dar provas ao real. Contudo, a potência na construção do real só pode se dar por meio 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 e, do outro, os da sociedade, a Sociologia também acabou sendo responsável por generalizações que contribuíram para legitimar uma “natureza” das relações binárias. Ainda que uma análise binária seja legítima e plausível, cabe compreender uma generificação, ou seja, um processo de constituição de cada polo justificado em divisões societárias que visam determinar funções e atividades capazes de garantir 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 pela modernidade por meio desses binários e dualismos. Entretanto, o movimento feminista atentou sobre a importância de uma perspectiva de gênero nas ciências de modo a reconstituir, historicamente, este processo de naturalização — ou mesmo

de hegemonia das relações binárias. Ou seja, há uma lógica na produção dos saberes que insere pares de oposição, tais como 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, faltaram justificações nesta produção, o que obnubilou 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. A Sociologia, assim, teve responsabilidade neste processo, no qual o debate sobre a agência em detrimento da ênfase nas estruturas veio, mais tarde, a ser imprescindível diante dos movimentos que valorizavam as subjetividades. A noção de feminilidade também deixou 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 se posicionam.

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 tendo como referência o 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 e finalidades visou uma identificação com uma racionalidade política na qual está em jogo sua própria vida. Por outro lado, 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 ou narrações, é tal como um pano de fundo para identificar as condicionantes conforme 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 sintetizado nesta 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 nosso).

Deste modo, 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 a tais representações. Assim, as imaginações não mais são entendidas como transcendentais do corpo, pois se consolidam significados, escalas de valor e micropoderes em um campo sociopolítico. Ao mesmo tempo, configura-se uma identidade que, em diálogo 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 à 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 nosso).

Sendo assim, entende-se que as formas discursivas sobre a reconstrução mamária com inserção de prótese de silicone, no âmbito da legislação e das pesquisas revisadas para esta tese, existem 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 em sua vivência. Por isso, uma passividade diante dos sofrimentos vivenciados com o tratamento deve ser avaliada para, daí, identificar uma agência que moveu as mulheres a uma atribuição outra do próprio corpo.

Afinal, como orientou Butler (2006), não é possível desconsiderar que as normas sociais sejam imprescindíveis para dar existência às individualidades, mas cabe ocuparmos-nos dos 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 indicaram a reconstrução mamária com enchimento como a orientação médica majoritária, como se uma incorporação devesse ocorrer por meio 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 nem essencialista, mas falível diante de condicionantes históricos. Essa falibilidade somente pode ser reconhecida se houver criticidade, e a criticidade implica a atenção aos limites do que se pode fazer, aos limites de si. Reconhecer a falibilidade humana é despossuir-se de si para constituir-se criticamente. Assim, é imprescindível uma eticidade intimamente relacionada à operação da crítica (Butler, 2015).

Sem a perspectiva da transformação, estabelecer-se-ia um regime de verdade sobre o sujeito, negando a historicidade dos processos intersubjetivos. 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, nem há essencialização como na constituição diádica.

Contudo, diante da ausência de apresentação de outras opções estéticas que não envolvessem a inserção de implante mamário, durante a conversa com a equipe médica, as mulheres se ocuparam das decisões que envolviam o tempo de

recuperação vinculado aos auxílios financeiros relacionados 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 legislação mais recente.

Não obstante os procedimentos médicos mencionarem evidências científicas mais recentes sobre os riscos e as devidas condições clínicas para determinar a intervenção cirúrgica, uma valoração justificou a garantia de uma autoestima a ser “reparada” à vista dos sofrimentos intrínsecos ao processo vivido com o câncer de mama. Tal justificativa encontra em uma representação da feminilidade uma condição de verdade segundo a qual a reconstrução garantiria o reconhecimento da feminilidade de corpos mastectomizados. Ou seja, as representações de um corpo mastectomizado são acionadas para justificar intervenções corporais voltadas ao reconhecimento da feminilidade.

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

Para apresentar tal complexidade, sistematiza-se 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 e a retirada das glândulas mamárias, a mastectomia bilateral — retirada das glândulas nas duas mamas — foi o procedimento realizado por Virginia e Cora, enquanto Carolina, Elisa e Carla fizeram a reconstrução mamária imediatamente durante a cirurgia. Clarice e Nélida foram submetidas à intervenção em uma das mamas, e Nélida, nove anos depois, foi submetida a uma intervenção na outra mama com inserção de implante. Raquel, Adélia e Lygia fizeram uma quadrantectomia — retirada de um quadrante da mama.

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 o tratamento definido pela oncologista, que determinou a mastectomia bilateral, sem qualquer menção sobre reconstrução, contrariando os questionamentos do marido, pois Virginia chegou a esperar o abandono, o que, contudo, não ocorreu.

Nélida realizou a primeira intervenção sem confirmação diagnóstica prévia, com posterior análise do nódulo retirado. Com o resultado positivo para carcinoma, passou por nova cirurgia relatando que pediu a retirada das mamas, se necessário, e se negou à reconstrução. Após um segundo diagnóstico, afirmou ter realizado a reconstrução por cobertura do plano de saúde, em um interstício de quase nove anos, e aguardava condições adequadas para agendar a cirurgia plástica da outra mama.

Clarice fez 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 às imagens apresentadas pelo cirurgião plástico.

Carla realizou imediatamente o procedimento nas duas mamas, com esvaziamento axilar, e considerou fundamental uma rede de proteção e apoio multidisciplinar, o que atribui a uma condição privilegiada.

Raquel, Adélia e Lygia fizeram uma quadrantectomia com indicação prévia de não realização imediata da reconstrução, sendo recomendada sua realização posterior ao tratamento quimioterápico e radioterápico. Lygia relatou não considerar o procedimento necessário, ainda que orientada sobre a assimetria; Adélia relatu sentir-se constrangida, e seu médico corrobora a necessidade de realizar o procedimento para possibilitar o uso de roupas de banho, mas receia o procedimento devido às complicações que teve com a cicatrização; já Raquel foi surpreendida com o diagnóstico de metástase, considerando negligências anteriores, e descartou qualquer procedimento estético. Ainda sobre Raquel, também não mencionou cuidados paliativos.

Carolina e Elisa fizeram o procedimento da mastectomia bilateral e reconstrução imediata com implantes mamários. Carolina relatou o sentimento de medo, pois já possuía prótese de silicone, e questionava se esta teria sido a causa do câncer. Mas aceitou a recomendação para fazer de imediato a mastectomia e teve um resultado considerado ótimo, ainda que tenha relatado 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 decorrentes das novas intervenções cirúrgicas.

Elisa considerou não realizar a reconstrução cirúrgica, ao relatar um sentimento de repulsa às imagens que o cirurgião plástico apresentou. Entretanto, seguiu os conselhos do marido e da irmã para não pensar apenas na doença, pois temia que os implantes pudessem contribuir para novas intercorrências. Teve uma infecção provocada pela rejeição de um dos implantes mamários depois da primeira sessão de

quimioterapia, mas os procedimentos posteriores, desde a utilização do expansor até a realização de outra cirurgia, foram considerados bem-sucedidos, após dois anos de cuidados até a cicatrização adequada.

Cora fez a mastectomia bilateral e se considerou egoísta por não desejar realizar a reconstrução mamária, especialmente em relação ao marido, mas relatou que nunca pensou na exposição de seu corpo porque sempre imaginou estar fora dos padrões de beleza.

Todas as justificativas, de diferentes formas e conforme as análises de Csordas (2008), têm uma significância (auto) atribuída às emoções, o que evidencia uma responsabilização implicada na feminilidade quando a causa do câncer é especulada. O processo de subjetivação, conforme o autor, não está isento de um tipo de racionalidade materializada em um esquema corporal que pode ser interpretado numa tripartição: procedimento, processo e conclusão. A enfermidade impõe uma experiência de transformação que ativa o crescimento espiritual nesse movimento tripartido, correspondente à crença na eficácia das terapias — composto de predisposições (motivos) para um empoderamento (expressão do poder espiritual, gestos, técnicas do corpo) com vistas a uma transformação.

Para tal transformação, o cuidado de si pôde ser observado nas formas como 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, foram recorrentes certas causalidades, como se uma natureza feminina implicasse comportamentos que capturam a indeterminação das causas da doença. Neste âmbito, Clarice discorda desse discurso, como expresso abaixo, a respeito das emoções vivenciadas como se houvesse uma responsabilidade individual pelos efeitos somáticos — ou melhor, para indicar que a pessoa é

responsável por um acúmulo que culmina no câncer e, por isso, deve trabalhar para refletir toda a sua trajetória de vida a fim de sanar e, assim, alcançar eficácia no processo de tratamento em vista da sua conclusão: a cura.

Igual, por exemplo, ela 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 nossos).

Nessa direção, essa interpretação é corroborada pela condição relatada por Virginia a respeito dos sofrimentos que experienciou, especialmente com o casamento, identificados como antecedentes do câncer — o acúmulo de mágoas —, reforçando a ideia de que o câncer seria uma doença emocional. 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 diante da ausência de expressão de sentimentos e de reciprocidade do companheiro. Como se considerava muito independente e informada sobre pesquisas que relatavam experiências de outras mulheres com o câncer de mama, sua expectativa era o abandono do marido, o que não aconteceu. Como ele a acompanhou com afinco durante o tratamento, Virginia reconheceu uma transformação, avaliando esse período como o “melhor ano” de sua vida. Por isso,

aceitar as predisposições diante desse acúmulo de mágoas — devido à indiferença do marido, expressa na ausência de diálogo e de afeto — implicou 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: “Aí”. 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. Mas 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... mágoa, 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 nossos).

O envolvimento com diferentes profissionais no reconhecimento e na identificação como paciente oncológica, independentemente da especialidade na rede de atendimento, é operado nesse processo de transformação. Clarice entendeu ser necessário 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 por esse 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 nossos).

A relação com profissionais, desse modo, não se expressou somente em obediência às orientações, aliada ao preparo para a execução de cada detalhe dos procedimentos, mas nas decisões que cabem nesse processo de reconhecer-se paciente. Esse reconhecimento foi interpelado pela médica diante da força atribuída à recusa da reconstrução mamária, como Clarice conta rememorando as questões:

“Agora, Clarice, eu quero saber por que 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 por que 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? Por que você chegou aqui e parecia que nada tinha acontecido?*” (Clarice, 2019, grifo nosso).

Para Clarice, foi fundamental evitar a rejeição de um implante mamário. A reconstrução mamária, para Carla, por exemplo, foi mencionada como parte de uma condição privilegiada — pelos vínculos que proporcionaram uma rede de apoio durante o tratamento, especialmente pelo acesso às tecnologias mais avançadas. Entretanto, a sensação de segurança de Carla se deu primeiramente com o vínculo médico, ao qual atribuiu a confiança para uma “entrega” de seu corpo aos procedimentos necessários. Essa “entrega” foi motivada pela fé, na decisão de não dedicar tempo refletindo sobre o tratamento, mas, especialmente, seguindo as instruções. Uma “entrega” que correspondeu a cada etapa e, pode-se dizer, foi “revelada” no exercício de sua fé, como se pode ser ler 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 formado 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 nossos).

Além de reconhecer uma condição privilegiada, o significado da cura — tal como explicou Csordas (2008) para as experiências religiosas — compreende uma cultura somática que pressupõe um terreno existencial indeterminado. Ou seja, o significado cultural é intrínseco a 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) — experiência que, tal como relatada por Carla, 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 nesse âmbito que a “revelação” diz respeito à confiança nessa relação de cura e religiosidade, nessa “entrega” que Carla disse ter aprendido diante da responsabilidade de cada pessoa envolvida na rede de apoio — confiança expressa, ainda, na retórica da transformação que Csordas explicou com base na compreensão de que

[...] os 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).

Esse processo também, conforme o relato a seguir de Carolina, teve significância diante do “suporte espiritual” que permitiu evitar um “mergulho” no diagnóstico, ao exercitar uma reflexão de que o câncer não é “seu” e 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 o casamento do casal. Para ela, esse 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. Essa iniciativa do marido para seguir a rotina — “não mergulhar no diagnóstico” — foi entendida como companheirismo da parte dele, 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 nossos).

Diante da rotina entre o tratamento e a continuidade dos exames de investigação, entendidos como um processo permanente, uma retórica da transformação (Csordas, 2008) mostra-se intrínseca ao significado atribuído à vida. O relato a seguir, de Adélia, faz referência a uma rotina que precisa eliminar uma perspectiva que atribuía sentido ao trabalho volado à aquisição de objetos considerados supérfluos. Até mesmo o significado de uma aparência corporal passou a ser pensado como algo menor. Na narrativa de Adélia, ter atribuído maior valor às " vaidades da vida " passou a justificar simbolicamente 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, para uma mudança em relação ao valor da vida, não somente em relação a 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, Dalí? 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, Dalí, **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 nossos).

Somado à expressão de gratidão, um sentimento de segurança sustentando por uma justificação espiritual manifestou-se como transformação, tal como um processo de purificação, na experiência relatada por Cora. Mesmo afirmando não se considerar uma pessoa mística, considerou que este processo despertou nela uma motivação para ajudar outras pessoas. O sentimento de proteção e companhia, durante o tratamento quimioterápico e radioterápico, foi revelado na sensação de presença da avó e do pai falecidos.

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! Encalçava 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 rádio 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 costumava 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 nossos).

De outro modo, uma reflexividade sobre condições exaustivas, deste peso decorrente de uma insuficiência de apoio e reciprocidade, vinculou-se à paciência que uma socialização voltada ao casamento impõe às mulheres. O relato de Lygia sobre a intensa rotina de um casamento que se findou, ao assumir os papéis de pai e mãe na criação das filhas, diz respeito a uma transformação relacionada ao reconhecimento de que o receio de errar constituiu um erro.

[...] 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 nossos).

A experiência com a enfermidade levou Lygia a associar a intervenção cirúrgica a um sentimento de plenitude sobre a vida e a beleza, reconhecida com gratidão. Relatou um aprendizado sobre tolerância e vulnerabilidade por meio de uma reflexividade desencadeada pelo câncer, que "vem para te moer" e ensinar a beleza da vida. Assim, sentir-se "mais inteira", em relação à intervenção na mama, diz respeito ao maior valor atribuído a essa transformação de si. Para Lygia,

“maior que o corpo”, isto é, para além da imagem corporal, passa a significar uma “melhora” em relação à vida, sendo a noção de beleza uma atribuição de gratidão relacionada a 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 nossos).

A espiritualidade aparece como condição para tal transformação. A gratidão pela experiência vivida foi intensificada pelos cuidados de “anjos da oncologia”, como disse perceber esses “trabalhadores de última hora”. Ao fazer referência ao silêncio da oncologia, Lygia relembra os cuidados como expressões de amor em um ambiente no qual se poderia esperar “um lugar de dor”. E é esse amor que fez Lygia afirmar o quanto é singular conhecer os sentimentos de uma pessoa em tratamento, mas “é só pra quem vive”. Dito isso, um processo de encarnação passa a dar sentido à experiência vivida, somente atribuído ao relato de si mesma sobre a experiência com o câncer de mama.

Por isso, o amor tem na fé um elemento primordial, razão pela qual não exige justificação. Como pôde ser compreendido na afirmação de Nélida sobre a fé, a crença consiste em atribuir maior valor ao que é espiritual e ao estado de alma. Assim, o processo de encarnação está implicado na intersubjetividade, como se pode depreender de uma rede de apoio que se constituiu sob a confiança de que a fé em Deus deveria ocupar lugar primordial, conforme o relato que se segue:

Por isso que eu falo que eu fui muito, eu fui muito agradecida 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 nossos).

No relato a seguir, Nélida afirma ser primordial querer viver sob uma crença espiritual e confiar no privilégio de contar com o apoio de outras pessoas nessa luta, já que os corpos são afetados igualmente pelo câncer, ainda que reconheça as desigualdades de moradia, alimentação e acesso ao tratamento. As mediações e as relações recíprocas implicam o reconhecimento das condições da enfermidade que, assim como avalia Kleinman (1998), podem transformar os sentidos de vida e de morte e interferir na aceitação ou na desistência. A crença de Nélida expressa essa aceitação como um atributo de obrigatoriedade voltado a “fazer pelo outro”, a fim de contribuir para 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 nossos).

Ainda que seja inevitável reconhecer os efeitos do tratamento e das reações da quimioterapia, bem como do sofrimento e das dores sentidas, há uma crença na cura, mas as condições de uma “luta permanente” na trajetória de Nélida relacionam-se sobretudo ao “emocional”. A disputa pela guarda da filha, diante da separação judicial não finalizada, estendeu-se desde o primeiro diagnóstico, em 2009, passando pela histerectomia, em 2014, e pelo segundo diagnóstico de câncer na outra mama, em 2018. Até a data da entrevista, sem ter concluído tal processo judicial, Nélida relatou uma dificuldade contínua com o “emocional”, afirmando que o tratamento ocorreu com tranquilidade em decorrência de sua 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 nossos).

Há um processo de subjetivação que atribui maior valor à cura do que aos demais procedimentos, como se os demais procedimentos fossem complementares e, por isso, entendidos como menores, não prioritários. A reconstrução mamária é um “reparozinho” para uma imagem corporal que se apresenta como mediadora da prioridade atribuída à vida. Como se observa no relato a seguir, ressaltar a cura significa também não se permitir concentrar-se em uma preocupação com os efeitos do tratamento, que entende como um “trauma muito grande” para a maioria das mulheres. E, ainda que o cuidado de si seja mantido diante do seguimento da enfermidade, com o 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 nossos).

A qualificação como espiritual entrecruza-se com a perspectiva psíquica, que pode demandar um cuidado que depende de outras intervenções ou ainda de efeitos que possam acrescentar mais sofrimento. O medo, então, constitui um sentimento associado a efeitos indesejáveis. Neste sentido, é a confiança, mesmo diante das dores, que sustenta as orientações para restabelecer a saúde no seguimento do protocolo

médico. Um caráter racional orienta a compreensão das etapas que demandam energia e é acionado como um dever, ou melhor, as etapas devem ser respeitadas 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 respeitada, mais particularmente diante dos efeitos do tratamento quimioterápico.

Esse enfrentamento gera um sentimento de desistência, mediado por uma justificação espiritual para garantir uma capacidade de suportar a debilitação do corpo. Ademais, uma experiência corporificada (Csordas, 2008) caracteriza um enfrentamento com o objetivo de restabelecer a saúde e retomar as atividades, mesmo considerando as transformações intrínsecas às relações que se constituem no apoio coletivo.

Portanto, há um exercício de fortalecimento relacionado a um trabalho que transforma o esquema psíquico (Kleinmann, 1998) e tem efeito na autoestima e implica um senso prático (Bourdieu, 2009) relacionado com múltiplas formas de constituir a corporeidade. Nesse contexto, a rede de apoio, em suas mediações, permite compreender o processo de subjetivação diante do reconhecimento de uma luta permanente como paciente oncológica, na singularidade das atribuições de sentido à cura (Csordas, 2008). Assim, a indeterminação de uma cultura somática explica as diferentes qualificações atribuídas às 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, apresentadas como autonomia da paciente, ainda que nem sempre sejam agentes no processo. Neste sentido, as representações constroem, em maior ou menor medida, a autoestima, efeito sociossomático

que conecta emoções a normas e, uma vez que diz respeito aos sentidos atribuídos pelas mulheres sobre a feminilidade, constitui um modo moral de experiência (Kleinmann, 1998).

Não obstante, essa moral não implica enquadramento em uma estrutura que demarca o lugar da feminilidade, tal como pressuposto pela normatividade heterossexual. A luta permanente se enquadra no reconhecimento de um corpo que não prioriza as mamas, mas a cura. Tanto que o processo de encarnação envolve múltiplas interpelações, o que permite compreender o sentido do esquecimento expresso no relato de Elisa, como se segue. Houve uma reflexão voltada à incorporação das orientações médicas e à dedicação do tempo necessário ao tratamento, que, uma vez concluído, levou ao esquecimento das dores. A reflexividade parece mobilizar um atributo simbólico que se identifica com a feminilidade, como se observa no 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 nossos).

De outro modo, os sentimentos de Raquel expressam insatisfação com suas relações. Ainda que atribuindo um sentido de enfrentamento ao diagnóstico de metástase, já que relatou aceitar sua condição de paciente oncológica metastática e, por isso, “a cura a Deus pertence”, Raquel não teve apoio em sua trajetória com a enfermidade. Confiante em sua formação religiosa e nas práticas de oração, assim como na existência de milagres, ao relatar a manutenção da fé e de um sentimento de gratidão, o adoecimento não alterou a forma pela qual 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. Saiu 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 ‘tiuhh’ e água abaixo! Tipo assim, **você faz um plano, mas Deus já tem outro plano para você**, não é? (Raquel, 2021, grifos nossos).

Por fim, seguindo a análise de Selgas (1994, p. 68), uma vida de significado está implicada a uma vida de espiritualidade; e é a salvação que representa uma transformação revelada por um duplo movimento que atribuiu agência às condições carnis. Como afirmou Selgas, não há um corpo que não represente o seio da vida. Assim, uma reconstrução da feminilidade significa um processo de encarnação. Nele,

atribui-se menor valor às mamas diante do “seio da vida”, revelado na salvação entendida como transformação decorrente da 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).

Por ser a corporeidade o lugar de fusão dos dualismos instituídos na denominada modernidade, o processo de encarnação foi tratado como reconhecimento dos atravessamentos da feminilidade na reconstituição do *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 às 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 a justificativas que atribuem um lugar às competências vinculadas às representações atravessadas por formas de identificação reconhecidas, tais como profissional da saúde, família, marido, fé, paciente. Diante disso, agenciamentos compõem uma luta permanente que se mantém como a metáfora fundamental — conforme os relatos desta pesquisa — revelando ainda um caráter bélico. Contudo, essa luta é um trabalho implicado em uma responsabilização individual, um cuidado de si, sempre tensionado diante do

acompanhamento 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: "Aí, 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 define diante da expectativa de não recidiva, o 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 — a 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 conferem um sentido 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 desenvolver autonomia. Esse trabalho de subjetivação se expressa nas condições de aceitação diante das decisões sobre as intervenções corporais.

Esta reflexividade se trata de 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 e paradoxais. Trata-se de um rearranjo que tem a autoestima como mais um processo e, por isso, não determinante de um aspecto exclusivamente psíquico em relação à imagem. A constituição de uma rede de apoio, por exemplo, teve maior valor para a estima de si.

Portanto, uma ênfase em uma natureza corporal — uma dimensão natural do corpo que se estabeleceu como 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 natureza ao masculino e ao 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, em 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 (Bordo, 1992, p. 167).

De diferentes modos, importam aqui as reflexões a respeito da subjetividade, uma vez que, ao ser questionada a separação corpo-mente, por exemplo, a inserção do discurso exige novos paradigmas ou novas formulações teóricas. No estruturalismo, houve uma posicionalidade do texto em detrimento da ação, fundamental para a interpretação de 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 operar apenas como representações, e passam a constituir o ser e o vir a ser, sendo a subjetividade uma qualidade processual (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 do potencial essencialismo nas justificações da reconstrução mamária. Por isso, a investigação sobre as justificações produzidas na modernidade 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 do “ser homem” e, mais tarde, do “ser mulher”, sob os auspícios de uma “natureza” que, *a priori*, é representação (Lauretis, 1994).

A razão passou a constituir uma representação diante da capacidade de enquadramento por meio da linguagem, ou melhor, os discursos constituem um quadro ordenado de representações que têm capacidade de representarem a si mesmas. As investigações sobre a feminilidade passaram pelo estabelecimento da noção de “ser mulher” sob uma racionalidade justificada pelas funções, de modo a garantir o caráter “normal” da modernidade, ou seja, no interior desse quadro de representações.

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 social referenciada em uma racionalidade articulada à interdependência, o que torna o problema do reconhecimento 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 a articulação das questões políticas, ao entender 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 para a avaliação das questões intersubjetivas no reconhecimento da doença. Isso porque, como argumentou, o sofrimento deve ser identificado como social devido ao vínculo com uma desordem moral, mais especificamente advinda do discurso epidemiológico. O que importa é a experiência interpessoal, um estilo relacional de sofrimento, implicado nas relações com o corpo e com a morte.

Além disso, verifica-se que a hipótese do “social” depende de condições resultantes de massivas transformações políticas, econômicas ou culturais, tais como a pobreza, os aspectos psíquicos relacionados à depressão, ao alcoolismo e ao uso de outras drogas, às violências, ao suicídio, às diferentes condições de apoio familiar.

Desse modo, é preciso analisar os condicionantes da precariedade validados por categorias de identidade que, por isso, atingem as pessoas de formas diferentes. 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, 2016b, p. 15-16).

Ainda é preciso pensar na violência a partir das reflexões de Butler a respeito das guerras contemporâneas, porque o câncer ainda tem sido concebido 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, considerando que, primordialmente, Butler (2016) propõe uma nova ontologia corporal, o que permite pensar em diferentes formas de luta, em diferentes guerras, uma vez que Butler sugere “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 também socioculturais. Está explícita a identificação atribuída ao corpo quando as referências dizem respeito à idade, à conjugalidade, à maternidade. Com base em Butler, reflete-se sobre como as categorias de identidade são ultrapassadas ao invés de repetir normas estabelecidas para um reconhecimento que não necessariamente produz reconhecimento, no caso da ausência de visibilidade dos 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 compreender se há uma “identidade subjetiva” apoiada em aspectos biológicos da vida para efetivar um reconhecimento intersubjetivo.

Quais as condições gerais para a realização das intervenções corporais que, por vezes, vão resultar num corpo “feminino” sem mamas? Desde já se afirma que essas condições precedem o reconhecimento de corpos mastectomizados. Tais condições estão diretamente implicadas na constituição do corpo das mulheres ao longo da história, especialmente, com o desenvolvimento dos saberes médicos — e pensando em um *a priori* histórico a partir do qual foram aprendidos os esquemas de inteligibilidade que condicionaram e produziram normas para os corpos das mulheres.

Isso nos permite compreender quais as condições de vida que implicarão riscos de múltiplas cirurgias ou da impossibilidade dessas intervenções, seja por questões financeiras, seja por fisiológicas. Quando Butler remete à ontologia social, é preciso saber “se as condições sociais de sobrevivência e prosperidade são ou não possíveis” (Butler, 2016b, p. 38). É nisso que se estenderão os imbróglis das decisões, sempre atribuídos às “pacientes”, ainda que nem todas as possibilidades sejam apresentadas, uma vez que as pacientes são responsabilizadas pela própria vida, dependendo do apoio e das condições necessárias para possibilitar uma vida vivível.

Para além de uma perspectiva individualista e antropocêntrica, o que tem sido debatido a respeito dos cânceres são, além de condições sociais e políticas, as condições ambientais, comumente negligenciadas, como afirmou Samuel Epstein.

No entanto, há um “caleidoscópio de perspectivas” (Butler, 2006, p. 198) no qual as conversações e a intersubjetividade acabam por acionar técnicas para efetivar esse reconhecimento. Deste modo, as normas legais, por exemplo, devem buscar não reduzir nenhuma pessoa a uma essência. Por isso, incursões epistemológicas são 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. Defende-se que diferentes representações podem contribuir para formas de reconhecimento que não limitem um único modo de existência. Uma representação universal de feminilidade se associa a uma ética violenta (Butler, 2015) quando exige uma determinada forma para o corpo, mais especificamente em relação às intervenções nas mamas. Por isso, o debate sobre a feminilidade diz respeito à estima e à

moralidade, visando a um entendimento sobre o que é ético para uma sociedade.

Além disso, um debate epistemológico sobre as subjetividades apresenta o afastamento entre dimensões biológicas e a aproximação das dimensões psíquicas no contexto interdisciplinar entre as ciências sociais e o campo médico (Kleinmann, 1998). O modelo biomédico, apoiado no desenvolvimento de tecnologias médicas, constituiu-se como um regime de saber dualista na legitimação 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 das associações culturais sob a dicotomia masculino/feminino serem problemáticas para as subjetividades, questionou a perspectiva feminista em razão 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, 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 incide 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” (Latour, 1994). Os significantes atribuídos à agência humana, como vias de articulações enunciativas que possibilitam descrever uma estrutura na qual a mediação dos discursos nas dimensões teórica e empírica explicita jogos de enunciados, parecem fixar um *a priori* histórico de modo a

camuflar o fato de que as palavras são representações constitutivas do mundo (Foucault, 2000a; 2000b). Uma estrutura do reconhecimento dá à feminilidade um “lugar” historicamente atribuído, entretanto, não fixado, não substancial, não passível de universalização, ainda que proponha enquadramentos.

Neste sentido é que a palavra feminilidade somente pode ser interpretada e, portanto, deslocada conforme os acontecimentos e as situações. Ainda que consideremos um caráter construtivista na produção de enunciados, são eles que dão condições de verdade a um modo de existir.

Quando Foucault questionou como foram construídos arquétipos, mitos, referências etc. e qual o potencial de permanência dessas construções, não se tratou de uma preocupação com o sentido, mas com o modo como os enunciados sucedem enquanto práticas e formam realidades discursivas que são, em última instância, não somente realidades discursivas, mas a realidade mesma. Foi neste sentido que o escopo da noção de feminilidade ultrapassou a ideia de mera 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, a transformação é efeito de uma multiplicidade de processos de subjetivação e de encarnações.

Mesmo diante de normativas disponíveis, impositivas ou não, para a socialização de práticas, há apresentações diversas de um “si mesmo” na articulação de enunciados. Toda enunciação articula signos. A tentativa de compreender a materialidade de dado enunciado se deu, no âmbito desta tese, considerando a feminilidade como uma unidade de sentido resultante de uma articulação de signos, configurando 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, dialogando com Foucault, ainda que seja possível imaginar uma forma de origem, o primórdio ou o arbitrário, o *a priori* histórico não é determinista, pois as regras são definidas para operar em um plano histórico, nas práticas; logo, são contingentes. Mas, como tais práticas sociais acabam sendo naturalizadas como necessidades, têm como efeito os *a priori* como condição de verdade.

Isto posto, uma representação não constitui uma condição de verdade, mas 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 negue o 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, permitindo compreender os aspectos materiais pelos quais 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 produzidas por essas oposições define o que deve ser excluído, porque se trata de uma constituição negativa ao próprio empreendimento. Sendo, historicamente, o feminino uma exclusão constitutiva e admitindo uma recusa à sua inclusão nessa 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 constitui uma estratégia retórica para enquadrar os corpos na estrutura social de reconhecimento segundo aposição que ocupam, 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”, ao ser deslocado, é “penetrado” pelo texto, e produz efeito na inteligibilidade do poder falocêntrico.

Esse poder constitui uma ontologia que centraliza a “razão” instaurada no “masculino”, de modo a promover formas de assujeitamento nas demais formas de atribuição

identitária. E a feminilidade, sendo um outro que não um si-mesmo, segue essa lógica, que nada mais significa do que uma descorporificação, um corpo desencarnado, ainda que corporifique uma racionalidade masculinizada. Daí a sugestão de Butler (Prins; Meijer, 2002) de uma ontologia social, em vez de uma ontologia do social, marcada pelos efeitos 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 de aspectos de inscrição representacional enquadra pessoas na estrutura social. A partir do deslocamento, podem-se inventar formas de trocas eróticas nas quais ocorrem reatravessamentos, penetração e exposição, por meio da imitação e da repetição, de modo a rejeitar a noção de sujeito autoidêntico para um sujeito fluido, um sujeito em processo (Grosz, 1994). Daí a perspectiva de um atravessamento para interpretar a feminilidade como construção enunciativa em processos de subjetivação que deslocam representações. Assim, um processo de encarnação afeta uma estrutura de reconhecimento quando há recusa ao enaltecimento de uma estética com enchimento. As transformações corporais, tendo em vista o desejo de se manter em vida e em movimento, são intrínsecas a esse 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. No entanto, 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 à 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 diante de uma intervenção cirúrgica, no caso da mastectomia, pode haver um agenciamento da feminilidade nas práticas performativas, sejam técnicas cirúrgicas de reconstrução mamária, uso de enchimentos em roupas ou manter o peito plano. Não deixa de haver atravessamentos de feminilidades.

Significados de feminilidades atravessam os corpos, e um processo de subjetivação envolve vulnerabilidade, disposições do corpo e práticas sociais. Sem pretender uma incursão psíquica, vale mencionar que, se a feminilidade constituiu 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 com o imprevisível e, no limite, com o indizível. Em contraposição, situava-se 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, implicando 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, pode-se dizer que a sexualidade em Freud não deve ser interpretada nos limites de referenciais masculinos e femininos, pois é polissêmica.

Sob a perspectiva 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 e 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 outro registro da sexualidade para transcender a diferença sexual e possibilitar a compreensão da 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 estruturou 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 como fundamento da feminilidade. De modo similar, aciona-se a reflexão sobre a “falta” das mamas.

Esse erotismo que inferiorizou os atributos femininos e amplamente os associou à resiliência implica sofrimento diante dos limites de apresentação do corpo sob os atributos normativos binários. Uma sublimação pode implicar a ideia de “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, materialidade e feminilidade se fundem, o que, como afirma Butler, remonta à reprodução, pois *mater*, *matrix* e útero constituem princípios originadores 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 pelos 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).

Assim, o exemplo da arte produzida por Audre Lorde, entrelaçando erotismo, amor e violência, possibilita compreender as linhas da “tapeçaria da vida”, “amarradas” à sua experiência com a mastectomia. Lorde articulou uma luta contínua, como mulher negra, lésbica, mãe, professora e ativista, como se apresentava, em relação à prática clínica, ao tratamento convencional, às informações sexistas e à moralidade que envolviam o corpo mastectomizado.

Afinal, como disse Valéria Lima (2020), a obra de Lorde constituiu um constructo ético que encontra seu significado primordial no aforisma: “sinto, logo posso ser livre”. Sendo assim, a identidade e o reconhecimento do corpo mastectomizado da mulher negra lésbica constituem questões centrais para refletir sobre a forma de superação e sobrevivência de uma “guerreira” que não encontrou uma representação naquela “guerra contra o câncer”.

Diante 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 amplamente divulgado porque historicamente associado ao âmbito dos corpos abjetos, inúteis, sequelados e 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. 12-14).

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 sob o êxtase da cura, ora normal, ora patológico, ainda impulsiona demarcações entre o vital e o mortal. 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 a partir da histoquímica, da punção do material da glândula para biópsia e da definição do tratamento.

Diferentemente de uma perspectiva protocolar — ainda que sob a lógica preventiva, já amplamente incorporada — receber um diagnóstico, e adoecer implicam rupturas. Essas rupturas se deparam com limites discursivos diante das justificações morais atribuídas aos cuidados no tratamento, assim como com as decisões sobre os tipos de intervenções cirúrgicas hegemonicamente vinculadas a uma noção de feminilidade.

Há um regime de moral que é atravessado pela feminilidade em um processo no qual a experiência com a doença recebe uma atribuição individualista. As mulheres continuam cuidadoras, com medo do abandono do marido, o medo da ausência materna para os filhos, ocupadas com a maternagem. A intervenção sobre a 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 para além da imagem corporal do corpo mastectomizado.

Seguem-se enquadramentos que tendem a um empreendimento de si, de modo a responsabilizar as mulheres pela detecção precoce. Contudo, tais enquadramentos permanecem sem efeito sobre as estimativas de câncer de mama, que aumentam a cada ano.



Considerações finais: o câncer de mama e a inteligibilidade dos corpos

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).

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 capacidade de falar sobre seu “corpo próprio”, salvaguardadas as relações intersubjetivas que implicaram ressignificações que deslocaram a representação hegemônica de feminilidade, atributiva de um peito com enchimento.

As incorporações e apropriações, conforme as orientações médico-hospitalares-terapêuticas, encarnam sentidos além-corpo. Além das identificações em movimento, que fazem do “corpo próprio” uma “revelação” de um “outro corpo”, logo, uma “outra feminilidade”, há uma reconstrução de si, ainda que associações normativas se façam.

Entendi que cada experiência constitui um relato que expressa uma capacidade analítica sobre a própria história de vida em correspondência com um processo de subjetivação que continua em curso 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 à delimitação da imagem corporal, um caráter biopsicossocial, pretendido em boa parte das discussões dos estudos revisados para esta tese, exige a avaliação das mediações vivenciadas pela pessoa. Isso porque é imprescindível compreender os vínculos comprometidos no processo de tratamento e dos cuidados definidos em protocolos médicos e sugeridos à mulher diagnosticada com câncer de mama.

Daí considerar a noção de feminilidade como atravessadora a fim de contrapor a retórica que atribui à reconstrução mamária com inserção de enchimento caráter imprescindível

para assegurar a autoestima. A feminilidade não é uma qualidade que atua individualmente, nem mesmo os corpos em termos identitários, mas 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 geral, diz respeito a toda intervenção corporal, pois toda intervenção corporal 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 grande medida, suspendem a substância que a feminilidade condiciona de forma identitária visando fixar uma forma de ser. Afinal, experiência constitui aquilo que os indivíduos vivenciam e, por meio do que é observado e percebido, há autonomia para relatar a si. Portanto, dizer daquilo de que se tem consciência se vincula a sentimentos e pensamentos que dão ao testemunho subjetivo um caráter de autenticidade. Todavia, a categoria “experiência” teve limites de interpretação e, por vezes, foi suspensa a necessidade de tal interpretação. Isso 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 ocorre no atravessamento de múltiplas inteligibilidades. No caso, a feminilidade é a inteligibilidade que transforma 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 ocupadas, conforme a sucessão de acontecimentos

e da “apresentação de si”, compõem uma “produção de si” imbuída de representações mais ou menos conscientes, por vezes até mesmo esquecidas. Por isso, a experiência com o câncer de mama é um sofrimento social, porque envolve engajamento no curso dos processos morais, relacionamentos e projetos, e tendo a sobrevivência como um imperativo ético indeterminado.

A hipótese de “social” depende de condições resultantes de massivas transformações políticas, econômicas e culturais, inseparáveis dos aspectos psíquicos. Daí uma experiência moral que possui uma genealogia e uma localidade. As singularidades das experiências com a enfermidade dizem respeito às diferentes condições humanas em situações nas quais as transformações estão implicadas com valores, materializados ou não. Por isso, sugere-se aos profissionais da medicina um engajamento moral no trabalho clínico, o que demanda questões políticas. Uma experiência moral, localizada no corpo, no caso do câncer de mama, está implicada em um sofrimento social com atravessamentos de representações de uma feminilidade hegemônica.

Cada relato apresentou uma singularidade que expressou a complexidade das experiências das mulheres em processos de reconhecimento das diferentes condições vivenciadas a partir do diagnóstico, contexto no qual a feminilidade foi “localizada” nesta tese. Essa ideia é semelhante ao que Arthur Kleinman, Margaret Lock e Veena Das (1997) afirmaram sobre uma “biologia local” que transcende o sofrimento, o que também inspira 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 a firmar uma lacuna entre representação e

responsabilidade no “diagnóstico” do dilema moral do sofrimento (Kleinman; Lock; Das, 1997).

Dito isso, 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 constitui uma encarnação, ou seja, uma experiência corporificada que não determina sensações, já que os sentimentos passam por transformações e até mesmo são esquecidos, como relataram Carolina, Elisa, Cora e Carla.

De outro modo, dizer de um sofrimento social é entender que uma responsabilização individual acaba por constanger a paciente oncológica, como ocorre na invisibilidade da queda dos cabelos, apoiada em orientações não somente protetivas diante da sensibilidade do couro cabeludo, mas também relacionadas à imagem corporal. Como se a felicidade devesse ser expressa por meio da apresentação de uma feminilidade para otimizar a “batalha”. Apropriar-se 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 implicam 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*. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2016. Disponível em: https://www.blucher.com.br/a-voz-e-a-escuta_9788580391473. Acesso em: 12 dez. 2018.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. *O que é saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/c4ww5/pdf/almeida-9788575413432.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2020.

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. In: Seminário efeitos de gênero: Interseccionalidades e Práticas de resistência, 1., 2019, Montes Claros. *Anais [...]*. Montes Claros: Universidade Estadual de Montes Claros, 2019, p. 112-125. Disponível em: <https://efeitosdegenero.wixsite.com/sege/anais>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ANTONIO, Daliana Cristina de Lima. Abjeção do corpo mastectomizado: politização da feminilidade no ativismo *go flat*. *Anais do IV Encontro Nacional do GT Estudos de Gênero - ANPUH*, 2020. Disponível em: <http://www.inscricoes.fmb.unesp.br/publicacao.asp?codTrabalho=MzQ1ODY=>. Acesso em: 18 jun. 2026

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 da Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS)*. Belém, 12-17 de julho de 2021. Disponível em: <https://www.sbs2021.sbsociologia.com.br/site/anaisarquivoresumo>. Acesso em: 18 jun. 2026

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

AURELIANO, Waleska. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p.49-70, jan./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a04v17n1.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2017.

BATAILLE, G. *A experiência interior*: seguida de Método de Meditação e Post-scriptum 1953. Suma ateológica, v. 1. 1. reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2020.

BENTO, Berenice. Necrobiopoder: Quem pode habitar o Estado-nação? *Cadernos Pagu*, n. 53, 2018, p. 1-16. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8653413/18511>. Acesso em: 5 out. 2018.

BIRMAN, Joel. *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34, 1999.

BOLTANSKI, Luc. Les usages sociaux du corps. *Annales. Histoire, Sciences Sociales*, 26e Année, n. 1, jan./feb., 1971.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. 3. 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*, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 159-175, 1992. Disponível em <https://www.jstor.org/stable/3178218?origin=JSTOR-pdf&seq=1>. Acesso em: 8 jan. 2015.

BOURDIEU, Pierre. *O senso prático*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

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

BRASIL. Decreto n.º 1.915, de 19 de dezembro de 1894. Crea um Laboratório de microscopia clínica e bacteriologia, para o serviço sanitário do Exército. *Coleção de Leis do Brasil*, Rio de Janeiro, v. 2, pt. II, p. 1077, 1894.

BRASIL. Lei n.º 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*: seção 1, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Dossiê do Projeto de Lei n.º 3.769/1997*. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, [s.d.]. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1131306&filename=Dossie-PL%203769/1997. Acesso em: 25 jun 2019.

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

BRASIL. Lei n.º 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Altera as leis n.º 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 n.º 5, de 18 de abril de 2019*. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília, DF, 2019a.

BRASIL. Projeto de Lei n.º 2.113, de 9 de abril de 2019. Altera as leis n.º 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 n.º 14.758, de 19 de dezembro de 2023. Institui a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Navegação da Pessoa com Diagnóstico de Câncer; e altera a Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, ano 2023, p. 1.

BRASIL. Lei n.º 14.538, de 3 de abril de 2023. Altera as leis n.º 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.

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, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_enfrentamento_doencas_cronicas_agravos_2021_2030.pdf. Acesso em: 10 dez. 2022.

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

BUTLER, Judith. *Introducción, El anhelo de reconocimiento? Puede hablar el "Outro" de la filosofía?* In: BUTLER, Judith. *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*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016a.

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

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

CANGUILHEM, Georges. *O conhecimento da vida*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. 6. 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. 4. 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: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (org.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

DEJOURS, Christophe. *Primeiro, o corpo*. Corpo biológico, corpo erótico e senso moral. Porto Alegre: Dublinense, 2019.

DETREZ, Christine. *La construction sociale du corps*. Paris: Éditions du Seuil, 2002.

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*. 2. ed. Bilbao: Fundación BBVA, 2002.

DURÁN, María Ángeles. *Diario de batalla*. Mi lucha contra el cáncer. Madrid: Santillana, 2003.

EHRENREICH, Barbara. Welcome to Cancerland. *Harper's Magazine*, nov. 2001. Disponível em: <https://harpers.org/archive/2001/11/welcome-to-cancerland/>. Acesso em: 14 fev. 2019.

FARNSWORTH, Laura. *Rejecting stigma – embracing 'living flat': motivations for resisting breast reconstruction and prosthetic breasts after mastectomy*. 2019. Thesis (Art/Sociology) – Concordia University, Canada, 2019. Disponível em: https://spectrum.library.concordia.ca/id/eprint/985836/1/FARNSWORTH_MA_F2019.pdf. Acesso em: 29 set. 2020.

FAUSTO-STERLING, Anne. Dualismo em duelo. *Cadernos Pagu*, n. 17/18, p. 9–79, 2001/2002. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/issue/view/1091>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FEATHERSTONE, Mike; HEPWORTH, Mike; TURNER, Bryan S. (eds.) *The body: social process and cultural theory*. London; Thousand Oaks; New Delhi: Sage, 1991.

FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017.

FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira; CAVALCANTI, Pacífica Pinheiro. Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 57, n. 1, jan./fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n1/a06v57n1.pdf>. Acesso em: 30 mar. 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. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, SP, v. 23, n. 1, jan./fev. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pi-

d=S0104-11692015000100082&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 mar. 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 (3.º), 2013.

FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade: a vontade de saber* (v. 1). 13. 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; GRONKOWSKI, Christine R. The Mind's Eye. In: HARDING, Sandra; HINTIKKA, Merril B. (eds.). *Discovering Reality: feminist perspectives on Epistemology, Metaphysics, Methodology, and Philosophy of Science*. 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. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 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. Acesso em: 30 mar. 2019.

GAULEJAC, Vincent de; MÁRQUEZ, Susana Rodriguez; RUIZ, Elvia Taracena. *Historia de vida: psicoanálisis y sociologia clínica*. México: Universidad Autónoma de Querétaro, 2005.

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. *Cadernos de 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. Acesso em: 30 mar. 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. Acesso em: 30 mar. 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*, [S. l.], v. 14, n. 2, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v14n2/v14n2a04.pdf>. Acesso em: 30 mar. 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: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

HARAWAY, Donna. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. *Cadernos Pagu*, n. 22, 2004.

HARAWAY, Donna. Manifesto ciborgue. Ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In: *Antropologia do ciborgue: as vertigens do pós-humano*. 2. ed. Donna Haraway, Hari Kunzru, Tomaz Tadeu (org.). Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. *Estudos Feministas*, v. 7, n. 1, p. 7-31, 1993. DOI: <https://doi.org/10.1590/%25x>. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15984/14483>. Acesso em: 12 dez. 2018.

HONNETH, Axel. *Luta por reconhecimento. A gramática moral dos conflitos sociais*. 2ª ed. São Paulo: Editora 34, 2009.

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

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Novos construtores de autoestima. *Revista Rede Câncer*, Rio de Janeiro, n. 27, set. 2014. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/revistas/rede-cancer-no-27>. Acesso em: 19 out. 2020.

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

KLAWITER, Maren. *The biopolitics of breast cancer: changing cultures of disease and activism*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 2008.

KLEINMAN, Arthur; DAS, Veena; LOCK, Margaret. Introduction. In: *Social Suffering*. California: University of California Press, 1997.

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: HOLLANDA, Heloísa Buarque de (org.). *Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura*. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LE BRETON, David. *A sociologia do corpo*. 6. 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.

LIMA, Valéria. Romper silêncios com Audre Lorde. *Canal Sapatão Amiga* (Ana Claudino), 1 vídeo (1h 51min). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pdJDYJ9gFxU>. Acesso em: 20 fev. 2021.

LORDE, Audre. *Los diarios del cáncer*. Rosario: Hipólita Ediciones, 2008.

LORDE, Audre. Uma explosão de luz: vivendo com câncer. In: LORDE, Audre. *Sou sua irmã: escritos reunidos e inéditos*. São Paulo: Ubu, 2020.

LORDE, Audre. *Os diários do câncer*. Trad.: Tatiana Nascimento. São Paulo: Ginecosofia Brasil, 2024.

MEAD, George. *Mente, self e sociedade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2021.

MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MERLEAU-PONTY, Maurice. A concepção humanista de natureza. In: *A natureza*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

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*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 1-16, 2018.

MIGOWSKI, Arn. Passado, presente e futuro do rastreamento do câncer de colo do útero no Brasil: lições aprendidas? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 41, n. 8, 2025. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/10553/20589>. Acesso em: 7 out. 2025.

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 *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 59, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8849>. Acesso em: 30 mar. 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. *Escola Anna Nery- Revista de Enfermagem*, 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. Acesso em: 30 mar. 2019.

MUKHERJEE, Siddhartha. *O imperador de todos os males: uma biografia do câncer*. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

PRECIADO, Paul B. *Testo Junkie: sexo, drogas e biopolítica na era farmacopornográfica*. São Paulo: n-1 edições, 2018.

PRINS, Baukje; MEIJER, Irene Costera. Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. *Estudos Feministas*, ano 10, 1. semestre, 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100009>. Acesso em: 5 dez. 2018.

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: PORTER, Roy; TEICH, Mikulás (orgs.). *Conhecimento sexual, ciência sexual: a história das atitudes em relação à sexualidade*. São Paulo: Edunesp, 1998.

SCOTT, Joan W. A invisibilidade da experiência. *Projeto 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: ARAÚJO, José Newton Garcia de; CARRETEIRO, Teresa Cristina (orgs.). *Cenários sociais e abordagem clínica*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec, 2001.

SILVA, Gisele da; SANTOS, Manoel Antônio dos. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universos do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 3, jul-set, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072008000300018&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 30 de março de 2019.

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. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_desconhecida_saude_publica.pdf. Acesso em: 15 mai. 2019.

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*, Belém, v. 12, n. 1, jan./abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981.81222017000100010>

TURNER, Bryan S. *Corpo e sociedade: estudos em teoria social*. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

URBAN, Linei Augusta Brolini Dellê; CHALA, Luciano Fernandes; BAUAB, Selma di Pace; SCHAEFER, Marcela Brisighelli; SANTOS, Radiá Pereira dos; MARANHÃO, Norma Medeiros de Albuquerque; KEFALAS, Ana Lucia; KALAF, José Michel; FERREIRA, Carlos Alberto Pecci; CANELLA, Ellyete de Oliveira; PEIXOTO, João Emílio; AMORIM, Heverton Leal Ernesto de; CAMARGO JUNIOR, Helio Sebastião Amâncio de. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para o rastreamento do câncer de mama. *Radiol Bras.*, v. 50, n. 4, jul./ago. 2017.

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

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

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

WASKUL Dennis; VANNINI Phillip. *Body Embodiment: symbolic interaction and the Sociology of the Body*. 2006.

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

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

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

YOUNG, Iris Marion. Corpo vivido vs. gênero: reflexões sobre estrutura social e subjetividade. *Labrys*, [S. l.], n. 3, jan./jul. 2003. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys3/web/bras/youngl.htm>. Acesso em: 12 dez. 2018.

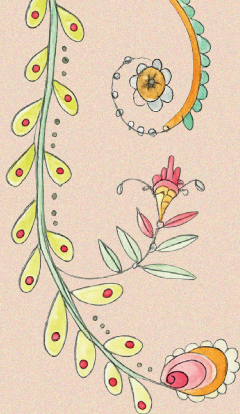
ZANELLO, Valeska. *Saúde mental, gênero e dispositivos*. Cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris, 2018.

Sobre a autora

DALIANA ANTONIO

Professora do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). Doutora em Sociologia pela Universidade de Brasília (UnB). Coordenadora do Comitê de Pesquisa Gênero e Sexualidade da Sociedade Brasileira de Sociologia (SBS). Integra o projeto de extensão (In)Serto: Núcleo pela Diversidade Sexual e de Gênero (Unimontes), o Grupo de Pesquisa e Estudos Gênero e Violência (GPEG/Unimontes) e o Ser-Tão: Núcleo de Ensino, Extensão e Pesquisa em Gênero e Sexualidade (Universidade Federal de Goiás). Dedicar-se aos campos da Sociologia do Corpo, em diálogo com o campo da saúde.





Há livros que escolhem seus leitores. Este, de algum modo, escolheu todos nós.

Ao dar voz a mulheres que ressignificaram suas feminilidades em meio à experiência do câncer de mama, a autora nos convida a olhar para além da doença. Convidamos a perceber que, mesmo quando a vida parece romper seus fios, é possível tecer novos sentidos, novos afetos e novas formas de existir.

A relação entre a história de vida e as diferentes maneiras de viver a feminilidade revela trajetórias únicas, nas quais as cicatrizes não encerram histórias, mas inauguram recomeços. Nesta obra, a reconstrução ultrapassa o corpo e alcança a alma, revelando a delicada coragem de quem transforma a dor em presença, a vulnerabilidade em força e a vida em permanente reinvenção.

*Com o coração,
Cau Bauman, Projeto Vida (Unimontes)*

