

CORPO, SAÚDE E TRABALHO: (RE)PENSANDO OS USOS DO CORPO E OS “PAPÉIS FEMININOS” NA EXPERIÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA

Waleska de Araújo Aureliano

Este artigo é um recorte de uma pesquisa realizada em dois grupos de ajuda mútua voltados para mulheres que tiveram câncer de mama na cidade de Campina Grande (PB) (Aureliano, 2006)¹. A proposta central foi de compreender e mostrar o processo de compartilhamento da experiência da doença através da narrativa das mulheres mastectomizadas dentro dos grupos e como este processo se ligava à reconstrução das identidades sociais afetadas pela doença. A pesquisa de campo revelou um grande leque de possibilidades para se pensar a experiência do câncer de mama na nossa sociedade, quais sejam, os aspectos relacionados à construção e percepção do corpo feminino, a relação da doença/mutilação com a sexualidade, o estigma social do câncer em si como também os aspectos relacionais da doença envolvendo a família, o trabalho e a religião.

Da grande gama de categorias e espaços sócio-culturais envolvidos no processo de adoecimento da mulher vítima do câncer de mama, as questões envolvendo gênero, saúde e trabalho se mostraram extremamente relevantes para se pensar o objeto de pesquisa e seus sujeitos, as mulheres. Neste artigo, busco apresentar, então, os elementos envolvendo estes três aspectos no processo de adoecimento vivenciados por minhas informantes, especificamente para aquelas pertencentes às classes populares², por terem sido elas maioria no meu campo de pesquisa.

¹ Para melhor contextualizar o leitor, um dos grupos pesquisados era, na verdade, um grupo de fisioterapia localizado no hospital público da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), sendo parte complementar do tratamento pós-cirúrgico do câncer de mama naquela instituição. A prática da ajuda mútua desenvolveu-se ali de maneira espontânea entre as pacientes, sendo, no entanto, bastante estimulada pela terapeuta. Todas as pacientes eram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Já o segundo grupo pesquisado, chamado Amigas e Amigas, não estava ligado a nenhuma instituição médica, embora tenha sido fundado por uma mastologista e uma fisioterapeuta. A proposta deste grupo era claramente a de ser um grupo de apoio à mulher mastectomizada.

² Os termos classes populares e camadas populares referem-se aqui aos grupos sociais caracterizados pela baixa renda familiar que impossibilita ou restringe o acesso a certos

A escolha por articular gênero, saúde e trabalho foi motivada pela constatação na pesquisa de campo de que as alterações corporais resultantes da cirurgia de retirada da mama (a mastectomia) têm uma influência muito grande não apenas (nem principalmente, em muitos casos) nas questões ligadas à sexualidade feminina como possa parecer em um primeiro momento, mas se apresenta de forma muito pertinente na dinâmica laboral, sobretudo para as mulheres das camadas populares, onde a identificação profissional/ocupacional foi majoritariamente definida como *do lar* pelas mulheres entrevistadas. O trabalho doméstico realizado pela grande parte das minhas informantes foi, de certa forma, comprometido e dificultado após a mastectomia. Entretanto, nos discursos observei uma tentativa de manutenção do status de dona de casa como forma de negação do caráter invalidante trazido pela doença/mutilação e como meio de manter uma identidade particular no mundo do trabalho. A gerência dos usos do corpo na atividade doméstica era colocada por muitas delas como uma forma de normatizar o cotidiano após a experiência do câncer, não permitir uma vitimização por parte da família e garantir certa autonomia na atuação dos seus corpos no espaço doméstico³.

Podemos argumentar que outras mutilações ou doenças crônicas afetariam igualmente o desempenho das atividades domésticas de uma dona de casa, tais com a perda de um braço ou de uma perna, sendo estas mutilações até mais significativas no que diz respeito às limitações que podem gerar para a prática de certas atividades físicas. Contudo, há na mutilação gerada pelo câncer de mama um diferencial com relação a outras formas de amputações no corpo físico: a mastectomia produz uma “deficiência” cuja visibilidade é controlada, pois, a princípio, ela não é aparente, não pode ser facilmente identificada e, com isso, legitimada socialmente. A negociação dessa visibilidade do corpo modificado

bens culturais, sociais e/ou de consumo tais como a educação formal e os sistemas de saúde privados. Neste artigo, estou optando por trabalhar mais com os relatos das mulheres do grupo da FAP por serem quase todas pertencentes a famílias com renda inferior a três salários mínimos, atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e com baixa escolaridade. Além disso, estou considerando situações observadas na pesquisa de campo que demonstravam claramente as dificuldades financeiras que determinavam, por exemplo, a participação das mulheres nos dois grupos, como a falta de dinheiro para pagar uma passagem de ônibus.

³ Devo ressaltar, entretanto, que algumas das mulheres que se declaravam do lar ou dona de casa também possuíam alguma atividade fora do espaço doméstico, como agricultora ou costureira, mas esta atividade era relegada a um segundo plano devido à informalidade da ocupação e seu retorno financeiro impreciso, sendo geralmente apontada como um “bico” para ajudar a família.

possibilita a muitas mulheres o trânsito seguro nos diversos espaços sociais que elas freqüentam sem deixar aparente sua condição de mastectomizadas, evitando os confrontos sociais nos quais a revelação de sua diferença física pudesse levar a uma estigmatização, seja por causa da mutilação, seja por causa do câncer enquanto doença associada à morte. Esse poder de negociação é usado pela mulher mastectomizada em vários momentos de sua trajetória, como veremos adiante, e permite a ela gerenciar e adequar seus discursos e sua percepção sobre o corpo de maneira muito distinta de outros tipos de mutilação.

Todo o contexto de significação do câncer de mama está intimamente ligado, porém, à representação social que envolve o corpo feminino em nossa sociedade, estando a mama associada à sexualidade, à maternidade e à feminilidade da mulher. Desse modo, as questões relativas ao corpo/doença nesta pesquisa tornaram-se complexas devido à questão de gênero aqui envolvida. Além de pensar a construção social e política do corpo em si, este trabalho deve ser pensado também dentro de uma perspectiva de gênero e, particularmente, de gênero e doença. Concordo, assim, com Lorber quando diz que:

Gênero impacta no adoecimento através de circunstâncias econômicas, responsabilidades no trabalho e na família, escolhas de estilos de vida, interações sociais com membros da família e pessoas íntimas, e nas interações com os profissionais de saúde (...) a justaposição de gênero e saúde apresenta dois problemas principais: diferenças de sexo *versus* diferenças de gênero e diferenças entre-grupos *versus* diferenças dentro-dos-grupos (Lorber, 1997, p. 5)⁴.

A doença afeta e interfere não apenas na percepção do corpo em si, mas também em certos papéis femininos, cultural e historicamente instituídos, como os de mãe, esposa e trabalhadora. Nos grupos aqui estudados, a mulher estava quase sempre sendo chamada a retomar “o seu lugar” na família e na sociedade. Além disso, as políticas públicas voltadas para a saúde feminina têm dado ênfase à responsabilidade da mulher sobre seu próprio corpo, seja através do controle da concepção ou através da realização de exames preventivos. Exige-se da mulher o controle da sua saúde e, conseqüentemente, o controle dos papéis e posições que ocupa e que podem ser afetados por uma doença.

⁴ “Gender impacts on illness through economic circumstances, work and family responsibilities, lifestyle choices, social interactions with family members and other intimates, and interactions with health professionals. (...) The juxtaposition of gender and illness presents two major problems: sex differences versus gender differences and between-group differences versus within-group differences.”

Diferente de outras amputações geradas pelo câncer, tais como a retirada de um órgão interno (pulmão, rim) ou de um membro, a perda da mama ou do útero devido ao câncer é muitas vezes vista como evitável considerando que a mulher, segundo a percepção médica vigente, deve ter o controle da sua saúde, ginecológica sobretudo, através da prática constante de cuidados com o seu corpo⁵.

Temos toda uma história social da medicalização e do controle do corpo feminino (Rohden, 2001; Vieira, 2002; Matos, 2003). Estes trabalhos nos mostram como o corpo da mulher foi (e é) construído dentro de discursos médico-morais que circunscrevem a mulher dentro de uma “natureza feminina” através dos “aspectos biológicos” que a distinguiriam definitivamente do homem: a menstruação e a gestação. O biológico seria o fator determinante da “personalidade feminina”, impossível de ser outra, mas suscetível de controle e ajustamento através da “educação das mulheres” e da construção moral que acentuavam suas supostas “funções naturais”, como a maternidade. Como coloca Vieira:

A medicalização do corpo feminino, com o desenvolvimento técnico da medicina, permite a formação e manutenção da sociedade em relação às questões de saúde que envolvem a reprodução humana, ao elaborar idéias que, através de uma racionalidade moderna e científica, visam ao entendimento e conseqüente intervenção nesse corpo como estratégia social. (...) Na medida em que trabalha e focaliza sua intervenção no corpo feminino, a medicina cria modelos científicos para a sexualidade e a reprodução de tal forma que as ansiedades sociais em relação a essas questões possam ser expressas (Vieira, 2002, p. 24-25).

Assim, pretendo discutir inicialmente como a idéia do corpo feminino e dos papéis sociais associados a ele foi social e culturalmente construída em nossa sociedade, como essa representação é percebida e reelaborada pela mulher mastectomizada e quais os discursos e visões (muitas vezes ambíguos) que passam a ser utilizados para (re)pensar esse corpo após a experiência da doença.

⁵Um exemplo desta responsabilização da mulher em evitar o câncer de mama esteve presente em uma campanha publicitária dos anos 1980 que enfatizava a importância do auto-exame das mamas para prevenção do câncer utilizando o slogan: “Câncer de mama – a cura pode estar em suas mãos”. Focalizar excessivamente a responsabilidade individual da mulher sobre os cuidados com o corpo desvia a atenção de segmentos e setores sociais que também têm responsabilidades com relação à saúde da mulher, tais como as esferas governamentais que, no Brasil, não oferecem assistência preventiva adequada no serviço público de saúde (uma mamografia, exame que detecta alterações na mama, pode levar até três meses para ser autorizada em alguns hospitais públicos de Campina Grande, por exemplo).

Construindo o corpo feminino: apontamentos sobre a criação da mulher

Faz-se aqui necessária uma breve discussão teórica sobre a construção histórica dos discursos sobre o corpo feminino e a criação e instituição de certos papéis femininos presentes em nossa sociedade. A partir de uma análise da normatização dos corpos nas sociedades ocidentais, destaco o papel da medicina nesta operação, sobretudo através dos discursos sobre a medicalização do corpo feminino no Brasil desde o século XIX, por entender que a voz da biomedicina continua a ser uma das mais ouvidas no que se refere à criação de normas, padrões e condutas sobre os corpos, não sem gerar releituras, resistências e conflitos.

Segundo Mauss, “o corpo é o primeiro e o mais natural instrumento do homem. Ou, mais exatamente, sem falar de instrumento: o primeiro e o mais natural objeto técnico, e ao mesmo tempo meio técnico, do homem, é o seu corpo” (Mauss, 2003, p. 407). Dentre os princípios de classificação das técnicas corporais, Mauss aponta para uma divisão das técnicas do corpo entre os sexos e sua variação com as idades. Segundo o autor, os homens teriam um modo particular de fechar o punho que seria difícil de ser aprendido pelas mulheres, mesmo que lhes fosse ensinado. Do mesmo modo, as idades impactariam nas técnicas do corpo: um idoso não pode agachar-se como uma criança e, mesmo pessoas de idades próximas não teriam a mesma habilidade para se agacharem, pois tal técnica estaria difundida de maneira diferente nas diferentes culturas.

Mauss não deixa de privilegiar a função da aprendizagem e da tradição para a transmissão das técnicas corporais, quando elas se constituem como um hábito adquirido e vivido pelas pessoas. As observações de Mauss nos são interessantes para que possamos compreender os usos sociais do corpo e analisar a transmissão das práticas corporais nos atos mais comuns da vida humana, tais como o comer, o andar, o dormir etc. Todas são atividades biologicamente comuns aos humanos, mas representadas e realizadas distintamente nas diferentes épocas e culturas.

Contudo, o que Mauss apresentou como técnica associada a um adestramento, algo que “os homens praticaram voluntariamente a si mesmos e a seus filhos” (Ibid, p. 410), poderia ser analisado igualmente como uma disciplinarização e normatização dos corpos sob a perspectiva foucauldiana. Analisando o período histórico (centrado na cultura ocidental) que vai do século XVII ao XIX, Foucault vai nos mostrar como se construíram os “corpos dóceis”, corpos adestrados e modelados na disciplina dos exércitos, das prisões e das escolas. O modo de marchar, a maneira de escrever, a postura do corpo, todos esses elementos que ultrapassaram os muros institucionais para constituir um modelo a ser aplicado aos corpos em sociedade.

É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (...) em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições e obrigações (Foucault, 1987, p. 118).

O corpo na análise de Foucault é o local do exercício de uma eterna disciplina com fins de obter o máximo de rendimento, obediência e produtividade. O que não significa que não incorram resistências, existindo e disputando com os discursos normatizadores que se desenvolvem dentro dos processos sociais de ação sobre os corpos.

Dentre as instituições disciplinadoras dos corpos, estaria também a medicina e suas estruturas correspondentes, tais como os hospitais. Analisando a formação do que chamamos de medicina social, Foucault (2000) nos mostra como se realizou a trajetória da disciplinarização da medicina enquanto saber científico a partir de sua atuação política na formação dos Estados europeus (sobretudo o alemão), no exercício de uma medicina urbana que tratasse dos problemas gerados pela crescente urbanização das cidades (analisando o caso da França) e a medicalização dos pobres, utilizada como instrumento de controle das classes trabalhadoras (o caso da Inglaterra). A partir destes três pontos, o autor nos mostra como se deu a construção do saber médico e seu papel crucial na normatização e disciplinarização dos corpos nas sociedades ocidentais a partir dos séculos XVIII e XIX. Era uma medicina que se dispunha a cuidar dos indivíduos – através de uma atuação assistencialista destinada aos pobres –, e da população através do controle das epidemias, da vacinação e da higienização das cidades. Assim, aquele que seria o representante maior da medicina – o médico – foi investido de poderes para gerir e deliberar não apenas sobre a saúde dos indivíduos, mas sobre a forma como eles deveriam se organizar e viver socialmente:

Acerca da sociedade, de sua saúde e suas doenças, de sua condição de vida, de sua habitação e de seus hábitos, começa a se formar um saber médico-administrativo que serviu de núcleo originário à ‘economia social’ e à sociologia do século XIX. E constitui-se, igualmente, uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença, mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*) (Foucault, 2000, p. 202).

Esse poder disciplinador da medicina, verificado, como coloca Foucault, nas mais diversas instâncias sociais, ditando comportamentos e ações, não poderia

deixar de estar presente na construção mesma dos corpos humanos para além da sua fisicalidade, na determinação de uma *conduta corporal* e de uma *moral dos corpos*, tanto para os homens quanto para as mulheres. Porém, considerando-se que a produção do conhecimento médico-científico durante a consolidação da medicina enquanto ciência foi essencialmente masculina, os discursos sobre o corpo da mulher e sua medicalização estão carregados de uma moral que coloca a mulher como ser primordialmente “natural” e “orgânico” em oposição ao homem, um ser “cultural” e “histórico” (Matos, 2003).

Vieira (2002), analisando os discursos das escolas médicas brasileiras do século XIX, nos mostra como se consolida a figura do médico e do saber que ele representa a partir da necessidade de higienização das grandes cidades brasileiras que passaram por transformações neste período com o crescimento demográfico. O discurso médico propôs o controle da periculosidade sanitária (higienização das cidades), o saneamento dos espaços públicos e a ordenação da vida familiar. Neste último aspecto, a mulher foi chamada a cumprir um papel que, segundo a medicina do século XIX, estaria de acordo com a sua “natureza”. A mulher passou a ser valorizada como esposa e mãe e adquiriu maior poder de atuação dentro do lar, no espaço privado, a partir do momento em que foi colocada para ela a atribuição do cuidado dos filhos e da administração do espaço doméstico. Ela tornou-se a primeira e mais importante aliada da medicina na execução dos controles relacionados à manutenção da saúde nos lares, sobretudo nas ações que diziam respeito ao controle da mortalidade infantil⁶. A construção de um discurso sobre a “natureza feminina” está intimamente ligada à centralidade dada pela medicina da época ao aparelho reprodutor da mulher:

A idéia de ‘natureza feminina’ baseia-se em fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher – a capacidade de gestar, parir e amamentar, assim como também a menstruação. Na medida em que essa determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorre idéias sobre a maternidade, instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos ‘naturais’ e ‘essenciais’ à divisão de gêneros na sociedade (Vieira, 2002, p. 32).

Também Matos (2003), analisando o discurso médico paulista sobre as representações do corpo feminino e masculino em fins do século XIX e início do século XX, observa que:

⁶ Para uma análise mais aprofundada sobre o papel da medicina no processo histórico de construção da família no Ocidente e sua relação com as mulheres, ver Ariès (1978) e Donzelot (1986).

Os médicos viam a mulher como produto de seu sistema reprodutivo, base de sua função social e de suas características comportamentais: o útero e os ovários determinariam a conduta feminina desde a puberdade até a menopausa, bem como o seu comportamento emocional e moral, produzindo um ser incapaz de raciocínios longos, abstrações e atividade intelectual, mais frágil do ponto de vista físico e sedentário por natureza; a combinação desses atributos, aliada à sensibilidade emocional, tornava as mulheres preparadas para a procriação e a criação dos filhos (Matos, 2003, p. 114-5).

Essa determinação biológica da mulher a inscrevia no espaço privado do lar e das funções maternas e domésticas. Sua “natureza emotiva” seria ideal para gerar e cuidar dos filhos. A maternidade aparece nos discursos como uma “obrigação biológica”. Não seria uma escolha, mas uma determinação orgânica. Por outro lado, o homem é lançado na esfera pública, sua “natureza” lhe permitiria ser um ser social e intelectual. Não estando determinado pelas funções procriativas, embora seja parte essencial dela, o homem é lançado no universo “racionalizado” da cultura e, não tendo útero nem ovários, poderá desenvolver plenamente sua capacidade intelectual. A mulher estaria destinada ao ambiente privado do lar, seu mundo seria o *mundo natural* dos afetos, do corpo e do sexo. Ao homem caberia atuar na esfera da vida pública já que pertenceria ao *mundo cultural* do trabalho, do dinheiro e da ciência (cf. Martin, 1989).

Assim, os discursos médicos dos séculos XVIII, XIX e início do século XX engendraram e encerraram a mulher dentro de “sua biologia”, recortando e minimizando as suas possibilidades de se pensar como sujeito cultural plenamente autônomo, além de definir papéis sociais e determinar os usos do seu corpo em função do seu sistema reprodutor, provocando uma alienação da mulher em relação ao seu próprio corpo. Na perspectiva de Martin (1989), a fragmentação e a alienação do corpo feminino realizadas pelos saberes médicos são bastante atuais. Analisando a impressão de mulheres norte-americanas sobre certos tratamentos e procedimentos médicos, Martin nos mostra que o exame ginecológico, por exemplo, e o modo como ele é realizado constitui uma fragmentação do corpo feminino, pois toda a preparação para a realização do exame separa a mulher de sua genitália e daquele que a examina. A vagina seria “objetificada” neste momento, mas as sensações que as mulheres entrevistadas por Martin descrevem sobre o primeiro exame ginecológico são de extremo desconforto, um sentimento de “invasão” e constrangimento da intimidade (Martin, 1989, p. 72).

Levando-se em consideração a representação simbólica das mamas como parte deste processo de construção e fragmentação do corpo feminino, encontrei no texto da fotógrafa inglesa Jo Spence (1995), que teve câncer de mama,

colocações interessantes sobre a simbologia que envolve os seios nas sociedades ocidentais. A autora observa que a mama está presente em nossa vida desde os primeiros momentos da infância como fonte de alimento e conforto, destacando-se aqui sua função nutricional. Posteriormente, ainda na infância, as meninas são educadas a cobrirem o peito, enquanto os meninos são encorajados a exibi-lo. As bonecas trazem representações de mamas perfeitas e na televisão, na mídia em geral, na pornografia e na moda encontramos modelos de uma “forma ideal” de corpo feminino com as mamas adequadas. Todavia, nestas formas dominantes de produção cultural (mídia, indústria de consumo etc.), operam discursos ora comuns, ora divergentes, pois, como coloca Spence, “nos é dito que seios grandes são ‘desejáveis’, ainda que eles sejam evitados pela indústria da moda e tornem-se a base de constantes piadas e comentários” (Spence, 1995, p. 125)⁷. No caso da amamentação, Spence lembra que “quando amamentamos nós nos tornamos propriedade da profissão médica que espera que nós preparemos e administremos o seio do modo como é prescrito”(idem)⁸. Em todos esses momentos, a mama é vista como *parte* útil à amamentação, à sedução e faz-se com que a *parte* (mama) represente o *sujeito* (mulher).

Porém, descoberto um câncer na mama, mesmo com toda a carga simbólica que a envolve desde a infância, à mulher será colocada novamente a questão da fragmentação: agora aquela *parte* em torno da qual foram sendo construídas as representações para a sua sexualidade, a maternidade e a feminilidade não é mais que uma *parte* mesmo e, portanto, dispensável.

Os sentimentos gerados de que nosso corpo é meramente um conjunto de partes, e que estas partes são propriedade de outras pessoas, são intensificados pelo tratamento que recebemos dos médicos quando algo dá errado... Se detectarmos um nódulo na mama, espera-se que nós o entreguemos nas mãos do profissional da medicina. O seio que nós aprendemos a associar à nossa sexualidade de repente se torna completamente dispensável (Spence, 1995, p. 125)⁹.

⁷ “We are told that big breasts are ‘desirable’, yet they are shunned by fashion industry and become the butt of constant jokes and comments.”

⁸ “When breastfeeding we become the property of the medical profession who expect us to prepare and administer the breast in a prescribed way.”

⁹ “The feelings generated that our body is merely a set of parts, and those parts are someone else’s property, are intensified by the treatment we receive from doctors when something goes wrong... If we detect a lump on our breast we are expected to hand them over to the medical profession. The breast that we have learnt to associate with being sexual suddenly becomes utterly dispensable.”

Em síntese, a medicina em diferentes épocas participou ativamente da construção do corpo feminino e de um modelo feminino ditado ou pensado através da sua biologia, construindo sobre esse corpo funções que passaram a caracterizar a mulher (amamentar, parir), a fragmentar seu corpo nos seus símbolos e a determinar papéis sociais em função deste corpo (o cuidado da casa e dos filhos)¹⁰. Contudo, a pesquisa de campo mostrou uma série de discursos conflitantes com o modelo historicamente construído para o corpo feminino. Em certos momentos, observei uma negação da visão fragmentária deste corpo pelas mulheres, porém os papéis sociais atribuídos à “condição feminina” (mãe, dona de casa) se revelaram ainda muito presentes na percepção das minhas informantes, não exatamente como forma de sujeição e controle, mas, ao contrário, como elemento de autonomia no uso do corpo.

Corpo e trabalho na experiência do câncer de mama

O câncer, como toda doença, transtorna e redimensiona os espaços sociais do doente, interferindo em suas relações, além de modificar as ações das pessoas envolvidas. No caso do câncer de mama, essas relações e ações não são passíveis de serem totalmente resolvidas mesmo com a cura, pois a mastectomia é a parte da doença que não passa, por significar uma interferência definitiva na estrutura corporal que irá redefinir a maneira de atuação e percepção deste corpo. Do mesmo modo, os cuidados com o braço do lado cirurgiado vão sempre lembrar a mulher de uma condição física distinta da considerada “normal” ou “dada pela natureza”¹¹. Mesmo para as mulheres que fazem reconstrução mamária, a transformação em seus corpos ainda vai ser constantemente negociada, é um corpo modificado, reconstruído. Esta questão analisada sob a perspectiva de gênero nos lembra que:

¹⁰Enfatizei a participação da biomedicina neste processo de construção do corpo feminino pelo destaque dado em nossa sociedade aos discursos médicos fundamentados por uma pretensa “metodologia científica” tida como isenta e precisa que é altamente utilizada para validar tais discursos. Porém, outras formas de produção cultural participam desta construção das diferenciações de sexo e gênero tais como as religiões, as artes e a mídia em geral (ver Funck e Widholzer, 2005).

¹¹ O braço do lado cirurgiado fica com restrição de movimentos e suscetível a infecções caso seja realizado, junto com a mastectomia, a retirada preventiva dos linfonodos axilares que desempenham função linfática e imunológica. A ausência dos linfonodos facilita infecções por cortes ou queimaduras e a retenção de líquidos entre a pele e os músculos.

O fato de o pênis, de a vagina, de os seios e assim por diante serem denominadas partes sexuais corresponde tanto a uma restrição do corpo erógeno a essas partes como a um todo. Com efeito, a ‘unidade’ imposta ao corpo pela categoria do sexo é uma ‘desunidade’, uma fragmentação e compartimentação, uma redução da erotogenia (Butler, 2003, p.167).

O corpo feminino está fragmentado nos seus símbolos (mama, vagina), naquilo que o diferencia do corpo masculino. Ao mesmo tempo, estes símbolos “cercam” a sua identidade enquanto *pessoa*¹² na valorização daquilo que a define enquanto *mulher*, sobretudo na nossa sociedade onde existe a celebração do corpo feminino perfeito e erótico.

No entanto, o discurso comum nos grupos de ajuda mútua investigados era o de que a mulher não se resume a “um peito”, que o “importante é estar curada”, embora os assuntos que giravam em torno do corpo, da sexualidade ou da relação conjugal fossem sempre abordados de forma tímida e discreta. Havia uma troca maior das experiências sobre o câncer como doença do que sobre a experiência da mastectomia. A vida íntima daquelas que eram casadas era preservada e não se trazia o tema da sexualidade ou do sexo às discussões de maneira contundente. Sexo ou sexualidade são por si temas difíceis de serem abordados comumente pelas mulheres com idade entre 50 e 60 anos (faixa etária em que estava compreendida boa parte das informantes) cujo conhecimento sexual adquirido socialmente foi, normalmente, mais rígido e impregnado de tabus. Além disso, o assunto torna-se mais difícil para a mulher mastectomizada se pensarmos na valorização exacerbada que existe em nossa sociedade do uso do corpo no exercício da sexualidade, e de um corpo belo e perfeito.

Nas entrevistas realizadas, nenhuma das minhas informantes casadas disse ter problemas conjugais com o marido “por causa dessa cirurgia”. Suas colocações sobre o assunto, contudo, eram breves e resumidas quase sempre a declarações do tipo “não mudou nada na nossa relação” ou “continua como antes”. Embora eu insistisse em obter mais informações sobre a nova relação

¹²A categoria pessoa aqui utilizada deve ser pensada como dependente de um modelo intelectual relacionado com o direito, a religião, a moralidade e a política, relacionado, em suma, à cultura produzida por uma e numa sociedade. Augé (1992, p.122) nos lembra que “pensar o indivíduo equivale sempre a pensá-lo em relação ao outro”, já que a pessoa seria um ser relacional e a sua construção se realiza na interação com os outros dentro de contextos e situações variadas. Categorias como idade, gênero, etnia, profissão, todas elas estão relacionadas na construção da pessoa que deste modo figura como entidade imersa numa rede de relações repleta de atribuições e significados.

do casal após a retirada da mama, praticamente todas responderam rapidamente que não tiveram problemas com seus maridos e uma delas colocou de maneira jocosa que “a parte que interessa a ele tá lá intacta (risos)”. A única que admitiu mudanças na relação conjugal disse que “nessa questão ele sempre me apoiou, nunca fez questão por isso, eu é que me afastei mesmo, não gosto”.

Apesar do silêncio envolvendo a sexualidade após o câncer de mama, pude observar um discurso comum de negação da visão fragmentária do corpo feminino em seus símbolos sexuais culturalmente representados no momento em que as mulheres afirmavam ser “mais que um peito”, “o que vale é estar curada”, “eu sou a mesma pessoa de antes” ou “pior se fosse uma perna”. Não podemos negar o impacto que a mastectomia tem sobre a percepção do corpo feminino e o que isso implica na elaboração das identidades sociais da mulher, porém após a experiência da doença/mutilação novos discursos irão ser elaborados sobre esse corpo com o intuito de alcançar a normalização desta percepção e a atuação deste corpo, e o trabalho será um espaço importante de validação desta visão de um corpo total e não de suas partes.

A relação doença-trabalho se mostra muito presente em nossa sociedade, balizada pela capacidade produtiva dos indivíduos. Ser doente ou estar doente é um sinônimo de improdutividade que passa a caracterizar a pessoa enferma como incapaz ou inútil. No caso das doenças agudas, que podem ser tratadas e rapidamente curadas, essa improdutividade é algo momentâneo e passageiro. Dá-se mesmo o direito ao doente de ficar em casa, descansar e durante esse período ele estará desobrigado de suas responsabilidades laborais para que sua recuperação seja rápida e seu retorno ao trabalho não demore. Porém, quando se trata das doenças crônicas ou daquelas que deixam seqüelas (no caso do câncer de mama), a relação não será a mesma, pois:

Por causa do prolongamento dessas patologias, por se tratar de moléstias incuráveis e normalmente não tirar a pessoa de seu quadro de vida habitual, a doença está no centro de todas as relações sociais que essas pessoas mantêm com o exterior socializado. (...) Portanto, o doente e o médico estão longe de serem os únicos atores participantes e o impacto desorganizador da doença se faz sentir na família, no trabalho, no lazer etc (Adam e Herzlich, 2001, p. 123).

Esse “impacto desorganizador” se verifica também na vida da mulher mastectomizada no trabalho, assalariado ou não, pelas limitações deixadas pela cirurgia e pela própria doença e seu tratamento, que pode se estender por quase seis meses, afastando a mulher do trabalho regular ou limitando sua atuação devido às reações ao tratamento.

A maioria das minhas informantes, como já foi frisado, pertencia às classes populares e era dona de casa. Em um primeiro momento podemos acreditar que por não exercerem uma atividade remunerada fora do lar, essas mulheres sofram menos o impacto da doença em relação ao trabalho, porém percebi que, ao contrário, eram elas as que mais sofriam o estigma da inutilidade e das limitações trazidas pela doença. O trabalho doméstico realizado por uma dona de casa exige mais do corpo do que o trabalho de uma médica, por exemplo. Suas atividades cotidianas e repetitivas de lavar roupa, passar, varrer etc. sofrem limitações após a cirurgia: não se pode torcer uma calça *jeans*, retirar alimentos de um forno sem proteção, cuidar das plantas sem luvas e até mesmo para lavar um copo é preciso cuidado, um descuido e um corte profundo podem levar a um linfedema¹³. As atividades de uma dona de casa serão alteradas, não suprimidas ou impossíveis de serem realizadas, mas sofrerão alterações significativas que colocam para a mulher um sentimento de “perda” de autonomia no terreno doméstico que ela controla. Ela passará a precisar de ajuda, a limitar suas tarefas diárias e adaptar certas atividades para torná-las menos pesadas, lutando para não ser vista como uma “pessoa inútil” que “não serve mais pra nada” sem, no entanto, comprometer sua saúde.

Em casa, roupa muito pesada eu não lavo ainda, só coisa leve. Quando tem alguma coisa assim pesada, uma colcha de cama, eu peço pra minha irmã aí ela lava e eu também já chamei uma menina pra lavar, espanar casa essas coisas eu também não faço. Lavar a casa eu lavo e Luisinho [filho] enxuga. (Magna, 52 anos, grupo da FAP)

Sendo a casa seu espaço de atuação, a mulher que se declara *do lar* vivencia profundamente as alterações trazidas pela cirurgia de mama, pois a casa e o trabalho são para ela a mesma coisa, o mesmo lugar. E essas alterações se refletem na família, pois sendo a mulher quem coordena aquele espaço, sua limitação obriga outros membros da família a se posicionarem, tomarem parte numa “obrigação” que era sua. Ao contrário do que possamos pensar, isso não soa para todas as mulheres como uma “democratização” dos serviços domésticos, mas antes irá concretizar sua inutilização devido à doença e colocá-las numa posição na qual elas não querem ser vistas, a de inválidas. Como colocado por Herzlich e Pierret:

Muitas pessoas doentes rejeitam a inatividade e suas conseqüências destrutivas através do desenvolvimento de uma ética da resistência. Não prestar atenção a si

¹³Inchaço do braço.

mesmo, agir como se nada estivesse errado são aspectos desta ética que contribuem para um tipo de negação da realidade orgânica ou pelo menos para despojá-la de qualquer importância (Herzlich e Pierret, 1987, p. 179)¹⁴.

Para muitas dessas mulheres, não poder fazer tudo que faziam (lavar, passar, cozinhar, varrer) não significava um alívio ou descanso das estafantes atividades do lar, mas, antes, uma perda, uma inutilização e uma desvalorização de si mesmas. E elas lutavam para não se verem, nem serem vistas, como vítimas ou inúteis, muitas vezes descumprindo ordens médicas nesse processo de negociação dentro dos seus espaços de atuação.

Eu faço tudo, cozinho, lavo roupa, passo, meus dedos às vezes doem aqui nas juntas, mas dra. G. diz que não é nada do câncer não, deve ser artrite. Aí eu faço a fisioterapia pra ficar melhor. (Betânia, 50 anos, grupo da FAP)

Olhe, eu quero que você me diga como é que uma dona de casa pode viver sem lavar, sem passar, sem cozinhar. Na teoria é fácil, mas na prática é outra coisa! (Solange, 51 anos, grupo Amigas e Amigas - pergunta feita durante um dos encontros do grupo quando uma das coordenadoras, que é fisioterapeuta, orientava as mulheres para evitarem tarefas domésticas mais pesadas)

O fato da maioria das donas de casa não conseguir receber um auxílio doença ou pensão também aparecia como um elemento a mais na caracterização de pessoa improdutiva, pois apesar de não poder mais cumprir com as atividades de antes, ela não tem o direito a uma pensão que amenizaria seus gastos, agora que não pode mais contribuir com sua parte de ajuda à família. Esta situação reflete a complexidade enfrentada pela mulher mastectomizada em negociar e legitimar as limitações trazidas pelo câncer de mama e gera uma situação ambígua: ao mesmo tempo em que a maioria das mulheres donas de casa que tiveram um câncer de mama buscava ser vista como produtiva, realizando atividades domésticas mais pesadas (como lavar roupa) e procurando não se afastar de suas atribuições enquanto responsável pelos cuidados com a casa e a família, freqüentemente se posicionava como inválida, doente ou incapacitada para o trabalho quando se tratava de recorrer a uma pensão do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS).

¹⁴“Many sick people reject inactivity and its destructive consequences by developing an ethic of endurance. Not paying attention to oneself, acting as if nothing were wrong, are aspects of this ethic, which amounts to a kind of denial of the organic reality or at least to stripping it of any importance.”

O médico do INSS diz que eu posso trabalhar, fazer tudo, que a mãe dele teve essa doença e faz tudo, aí eu disse ‘olhe, doutor, eu não conheço sua mãe, eu só sei que o médico que me operou disse que eu não posso trabalhar, eu sou deficiente, o senhor tá vendo aí o atestado dele, ele tá errado por acaso?’ É um filho da puta mesmo! Da vontade de tirar o peito[a prótese] e jogar na cara dele, ‘tá vendo aí, eu posso trabalhar sem isso?’ (Magna, 52 anos, grupo da FAP)

Considerando que a mutilação gerada pela mastectomia não é visível ou totalmente impeditiva para a realização das tarefas domésticas, abriam-se espaços maiores de negociação para a mulher, entretanto, a legitimação dessa “deficiência” tornava-se mais difícil quando se precisava recorrer a ela em outros contextos. Nestes momentos, surgiam discursos conflituosos e ambíguos com relação às alterações corporais sofridas com a mastectomia: ora as mulheres se diziam “normais como qualquer pessoa”, ora se declaravam “deficientes” e buscavam acionar direitos pertinentes aos portadores de deficiência física em nossa sociedade, tais como a gratuidade no transporte público, por exemplo. Legitimar as limitações trazidas pela doença torna-se também um momento de revelação da condição de mastectomizada e, conseqüentemente, de alguém que passou ou estava passando pelo câncer, o que poderia levar a mulher a vivenciar situações constrangedoras relacionadas à percepção do seu corpo por outras pessoas.

De três em três meses eu tenho que voltar lá no INSS pra ele [médico] me examinar de novo, aí dá uma raiva, porque ele não sabe, já não sabe que eu fiz essa cirurgia, que eu tirei o peito, mas ele tem que examinar de novo e ainda fica dizendo isso, que eu posso fazer tudo como qualquer pessoa normal, que a mãe dele teve essa doença e faz tudo, só que ele sabe que eu não posso, então porque não dá logo essa aposentadoria? É pra irritar mesmo! (Magna, 52 anos, grupo da FAP)

A ambigüidade desses discursos de “ser como antes” e de “ser deficiente” estava muito presente na fala das mulheres donas de casa, geralmente de famílias economicamente menos favorecidas. Compreende-se essa ambigüidade se pensarmos que a doença possibilita, estrategicamente, para essas mulheres uma renda que poderá ser o único rendimento regular de uma família onde os provedores (geralmente os homens da casa) vivem de “bicos” ou de uma atividade informal.

As mulheres do grupo da FAP, geralmente, não desempenhavam qualquer atividade remunerada e a casa era então seu espaço de atuação e onde elas eram mais solicitadas pela família. Analisando os estudos sobre a mulher e o

papel econômico das famílias, Bruschini encontra uma corrente que prioriza “a função econômica desse grupo que, na sociedade capitalista moderna, teria se transformado de produção social propriamente dita em produção de valores de uso ou prestação de serviços domésticos pela dona de casa” (Bruschini, 1990, p.40). Muitas mulheres reclamavam que faziam tudo dentro de casa, mesmo depois da cirurgia que limitava seus movimentos e a capacidade do braço do lado onde foi realizada a mastectomia. Algumas falavam com queixa, mas outras se orgulhavam de, mesmo com limitações, conseguirem continuar “tomando conta da casa e não ter ficado inútil”. Esta questão de poder cuidar da sua casa, cuidar dos seus filhos, do papel (ou da “obrigação”) da mulher nos cuidados com a família me apareceu muito fortemente definida no depoimento de Sílvia, 44 anos, solteira e que fez mastectomia bilateral. Sílvia iniciou um namoro algum tempo depois da mastectomia. Segundo ela, o namorado dizia não se importar com o fato dela não ter as duas mamas. Porém, Sílvia tomou a iniciativa de terminar o namoro:

Sílvia: Eu não levava muito em conta esse namoro não, sabe.

Pesquisadora: Por que, não gostava dele?

S: Porque eu não queria namorar não, porque eu sem a possibilidade de ter filho, sem possibilidade de casar e tomar conta assim de marido, eu disse quer saber? Eu vou só fingir que tô namorando e pronto, aí eu sei que eu peguei dei assim demonstração que não queria e ele por ele, ele desistiu sabe? E hoje em dia somos amigos.

P: Mas então você não quis levar adiante não foi por causa dele, mas porque se fosse virar uma coisa mais séria, pra casar...

S: É, pra casar, tomar uma responsabilidade, fazer comida pra marido, lavar roupa, fazer essas coisas, e eu não tenho condições disso, então foi por isso.

Em um primeiro momento, podemos enxergar na fala de Sílvia uma grande submissão aos papéis femininos culturalmente instituídos (dona de casa, mãe). Porém, analisando mais profundamente suas colocações e levando-se em consideração os demais relatos observados em campo, a necessidade de atuação dentro do lar seria, para as mulheres mastectomizadas das classes populares, sem atividade remunerada fora do espaço doméstico, a única maneira de se manterem atuantes, independentes na utilização de seus corpos e de resguardarem uma identidade no mundo do trabalho.

Considerações Finais

Percebi, tal como Carvalho (2002, p. 74), que entre as mulheres das classes populares havia uma preocupação maior com a função utilitária da mama, que seria menor e inferior a de outros órgãos. As queixas maiores entre essas mulheres eram feitas com relação à limitação de um dos braços, o que para muitas significou a fim de uma vida de trabalho ou impactou de alguma forma a sua atuação dentro do espaço doméstico. Isso não significa, contudo, que os outros aspectos simbólicos afetados com a perda da mama se anulavam, tais como a sexualidade, maternidade etc. Pode-se dizer, porém, que eram minimizados pelos aspectos funcionais. Por outro lado, por tratar-se de uma mutilação que tem sua exposição altamente negociada, a mastectomia coloca para a mulher situações de ambigüidade na percepção e atuação de seu corpo dentro do seu universo relacional. Ao mesmo tempo em que a visibilidade controlada da perda da mama permite à mulher gerenciar a informação sobre seu corpo, ela também dificulta a legitimação social das limitações trazidas pela mastectomia.

O trabalho, seja ele doméstico ou não, é parte constitutiva da identidade social da mulher mastectomizada e, assim como seu corpo, essa esfera da sua vida social sofre profundas transformações devido à doença. Também aqui se dará uma constante negociação cujo objetivo será tornar essas transformações menos traumáticas na tentativa de manter os elementos dessa identidade como ser social produtivo, recuperando seus espaços de atuação após a experiência do câncer de mama. Assim, 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, sendo, no entanto, esta prática percebida mais como forma de resistência à doença e às limitações trazidas por ela do que como sujeição a um modelo culturalmente estabelecido.

Referências

- AURELIANO, Waleska de Araújo. (2006). *Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)*. Dissertação (Mestrado em Sociologia). 207 f. Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal da Paraíba, Campina Grande (PB).
- ADAM, Philippe e HERZLICH, Claudine. (2001). *Sociologia da doença e da medicina*. Philippe Adam, Claudine Herzlich. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru, SP: EDUSC.
- ARIÈS, Philippe. (1978). *História social da criança e da família*. Rio: Zahar Editores.
- AUGÉ, Marc. (1992). *Pessoa*. Enciclopédia Einaudi: Lisboa.
- BRUSCHINI, Maria C. Aranha. (1990). *Mulher, casa e família: cotidiano nas camadas médias paulistanas*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas: Vértice, Editora Revista dos Tribunais.
- BUTLER, Judith. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Tradução de Renato Aguiar. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- CARVALHO, Janaina de Cássia. (2002). *Corpo feminino e mutilação: um estudo antropológico*. Goiânia: Editora UFG.
- DONZELOT, Jacques. (1986). *A polícia das famílias*. Tradução de M. T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2ª. ed.
- FOUCAULT, Michel. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Tradução Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes.
- _____. (2000)[1979]. *Microfísica do poder*. Organização e tradução de Roberto Machado. 15ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- FUNCK, Susana Bornéo e WIDHOLZER, Nara. (2005). *Gênero em discursos da mídia*. Susana Bornéo Funck e Nara Widholzer (orgs.). Florianópolis: Ed. Mulheres, Santa Cruz do Sul: EDUNISC.
- HERZLICH, Claudine e PIERRET, Janine. (1987). *Illness and self in society*. The Johns Hopkins University Press: Baltimore and London.
- LORBER, Judith. (1997). *Gender and the social construction of illness*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- MARTIN, Emily. (1989). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Milton Keynes: Open University Press.
- MATOS, Maria Izilda Santos de. (2003). “Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico”. In: *O corpo feminino em debate*. Maria Izilda S. de Matos e Rachel Soihet (org.). São Paulo: Editora UNESP.
- MAUSS, Marcel. (2003)[1935]. “As técnicas do corpo”. In: *Sociologia e Antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- ROHDEN, Fabíola. (2001). *Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- SPENCE, Jo. (1995). *Cultural Sniping: the art of transgression*. Routledge: London and New York.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

RESUMO

Corpo, saúde e trabalho: (re)pensando os usos do corpo e os “papéis femininos” na experiência do câncer de mama

Este artigo procura mostrar como o câncer de mama afeta a percepção da mulher sobre o corpo feminino e os papéis culturalmente elaborados para este corpo, com enfoque nas relações envolvendo gênero, saúde e trabalho, sobretudo o trabalho doméstico. A pesquisa foi realizada com mulheres de dois grupos de ajuda mútua na cidade de Campina Grande (PB).

Palavras-chave: câncer de mama; gênero; trabalho

ABSTRACT

Body, health and work: (re)thinking the uses of the body and “female roles” in the experience of breast cancer

This article aims to show how breast cancer affects woman’s perception of the female body and the roles culturally elaborated for it, with an emphasis on relations involving gender, health and work, and above all the housework. The research was carried out with women of two mutual aid groups in the city of Campina Grande (PB).

Keywords: breast cancer; gender; work

Recebido para apreciação: dezembro de 2006

Aprovado para publicação: fevereiro de 2007

Waleska de Araújo Aureliano é mestre em Sociologia pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal da Paraíba/Universidade Federal de Campina Grande - UFPB/UFPG e pesquisadora do NUR - Núcleo de Estudo de Modos de Subjetivação e Movimentos Contemporâneos da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. (waureliano26@yahoo.com.br)