



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA**

Lívia Fabiana Saço

**A (IN)VISIBILIDADE DO CORPO ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE
MAMA: DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA**

Juiz de Fora
2012

Lívia Fabiana Saço

**A (IN)VISIBILIDADE DO CORPO ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE
MAMA: DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Educação Física.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Lúcia Ferreira

Juiz de Fora
2012

Saço, Livia Fabiana.

A (in)visibilidade do corpo atravessado pelo câncer de mama: do Diagnóstico à terapêutica/ Livia Fabiana Saço.

– 2012.

130 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

1. Neoplasia da mama. 2. Análise do Discurso. 3. Alterações funcionais pós-operatórias. 4. Exercícios físicos - Mulheres. I. Título

Lívia Fabiana Saço

**A (IN)VISIBILIDADE DO CORPO ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE
MAMA: DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), em parceria com a Universidade Federal de Viçosa (UFV), como parte dos requisitos necessários a obtenção do título de Mestre em Educação Física.

Aprovada em ____/____/____

Prof^a. Dr^a. Maria Onice Payer – Univás

Prof. Dr. Carlos Alberto de Andrade Coelho Filho – UFJF

Prof^a. Dr^a. Eliana Lúcia Ferreira – UFJF

A Deus, por proporcionar caminhos grandiosos em minha vida, garantindo força, energia, saúde e, principalmente, a Fé.

À minha mãe, Fátima, pelo exemplo de mulher, de amor incondicional, sempre confiante em minha capacidade.

A meu pai, Nicolino, que, certamente, está presente em todos os momentos da vida de sua "Preta".

A meus irmãos, Léo e Luana, amigos, companheiros, guerreiros, por me ajudar, cada um da sua maneira, nesta conquista.

À minha cunhada, Bianca, pelo eterno presente iluminado em nossas vidas: meu sobrinho Nícolás.

A toda a minha família, por entender minha correria e ausência.

A todas as mulheres do grupo: pela dedicação, pelo amor, pelo carinho e, principalmente, pela confiança que depositam em mim.

A meu grande amor, Jean, por percorrer comigo esta caminhada, por aguentar meu estresse e minhas ausências.... Obrigada pelo apoio e incentivo!

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em especial, à minha Orientadora, Professora Dr^a. Eliana Lúcia Ferreira, por acreditar, primeiramente, em mim, em minha capacidade, em meu profissionalismo. Agradeço também os ensinamentos que vão além da área acadêmica. A admiração por você é eterna.

Aos professores, ao Programa de Pós-graduação, Mestrado em Educação Física da Universidade Federal de Juiz de Fora/Universidade Federal de Viçosa, e a todos os funcionários da Faculdade de Educação Física, agradeço pelo acolhimento.

Aos profissionais do Hospital ASCOMCER, pela confiança e oportunidade de estar fazendo parte dessa Instituição tão reconhecida.

Aos amigos, com os quais compartilhei momentos inesquecíveis: Carol, Michelle, Flávia Cecom, Flávia Alves, o “chefinho” Otávio, Daniel, Rafael, pessoas maravilhosas, agradeço pela amizade e carinho.

À amiga Ana Cláudia, pela generosidade, pelo acolhimento e carinho que sempre me dispensou.

Aos amigos do Hospital Monte Sinai e Albert Sabin, em especial ao Eduardo e a Marília, anjos que Deus colocou em meu caminho.

Às meninas do projeto de extensão Giselle e Natália, por se entregarem ao projeto, pela dedicação, pela generosidade, pelo carinho: a vitória do projeto também pertence a vocês.

Às professoras Maria Onice Payer e Ângela Maria Gollner, pelas sábias palavras dispensadas, que muito enriqueceram meu trabalho, e pela honra da presença de vocês na história de minha vida.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para o pleno desenvolvimento deste trabalho... Meus sinceros agradecimentos.

*Não é o mais forte que sobrevive.
Nem o mais inteligente. Mas o que
melhor se adapta às mudanças.*
(Charles Darwin)

RESUMO

Multiplicadas desordenadamente, as células cancerosas transformam-se e transformam o ser habitável – o câncer de mama é uma patologia que cada vez mais invade nosso tempo e nossos sentidos. O investimento, nesta pesquisa, refere-se à constituição físico-funcional/social e simbólica da mulher pós-diagnóstico de câncer à terapêutica e a produção de seus efeitos de sentidos do/no funcionamento físico discursivo do ser com câncer de mama. A partir da análise de materiais orais e funcionais, buscamos compreender a constituição do sujeito por meio da relação linguagem/câncer, ou seja, entender, discursivamente, de que maneira esse sujeito envolvido com a doença se significa e/ou é significado; em que medida a passagem pela doença produz novas formas de significação, novas organizações do dizer, novos processos de identificação, outras modalidades de subjetivação. A partir do contexto teórico da Análise de Discurso, situamos esta pesquisa em duas (principais) reflexões. A primeira versa sobre o que é o câncer e o processo de transformação físico-funcional que a clínica do tratamento pressupõe. A segunda reflexão diz respeito ao processo discursivo nas etapas do diagnóstico à terapêutica. Os resultados demonstram alterações físico-funcionais (limitação de movimentos e de força muscular) pós-procedimento cirúrgico, influenciando diretamente no processo de identificação e subjetivação na constituição dessa outra mulher, agora afetada pelo câncer de mama. Depreendemos também, nos discursos, o reconhecimento dos exercícios físicos como proposta de apoio terapêutico e mecanismo de reinserção social. O conhecimento reunido neste trabalho reforça a importância do entendimento das peculiaridades do tratamento representativo em cada mulher, necessário para a condução das atividades pela equipe dos profissionais que estão inseridos nesse contexto.

Palavras-chave: Neoplasia da mama; Análise do Discurso; Alterações funcionais pós-operatórias; Exercícios físicos; Mulheres.

ABSTRACT

Randomly multiplied, the cancer cells change themselves and change the habitable being – the breast cancer is a pathology that is growing bigger and getting more space in our time and on our senses. The goal in this paper refers to the physical-functional, social and symbolical constitution of the post-diagnostic women, until the treatment and the production of its effects on the breast cancer patients and their physical functions' senses. Starting from the analysis of oral and functional materials, we try to understand the constitution of the subject through the relation language/cancer, that is, to understand discursively how this subject, involved with the disease, signifies and/or is signified; in which way the disease diagnostic produces new ways of signifying, new organizations of saying, new identification processes and other subjectivation modalities. From the historical context of Discourse Analysis, we situate our paper with two (main) reflections. The first one, on how the cancer acts and the physical-functional transformation process that the clinical treatment suggests. The second reflection is about the discursive process in the phases of the diagnosis to the treatment. The results demonstrate post-surgical procedure's physical-functional alterations (such as low mobility and loss of muscular strength), which directly influences identification and subjectivation processes in this new woman, now affected by the disease. We also comprehend in these discourses the recognition of physical exercises as support proposal for the treatment and social reintegration mechanism. The knowledge reunited in this paper reinforces the meaning of understanding the peculiarities on each representative treatment for every woman, which is necessary for the professional team to conduct their activities in this context.

Keywords: Breast Neoplasia; Mastectomy; Discourse Analysis; Post-surgery Functional Alterations, Physical Exercises; Women.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Exercício físico realizado em grupo.....	24
Figura 2 - Exercício físico realizado em dupla.....	24
Figura 3 - Exercício físico individual realizado na sala de quimioterapia.....	27
Figura 4 - Exercício físico em grupo desenvolvido na sala de espera da radioterapia.....	28
Figura 5 - Comparação entre os momentos pré e pós-operatório do Grupo 1, quanto à goniometria de flexão e abdução do membro superior avaliado, homolateral (linha contínua) e contralateral (linha pontilhada) à cirurgia de mastectomia.....	47
Figura 6 - Comparação da força de preensão manual do Grupo 1, no pré e pós-operatório em relação aos membros superiores avaliados, homolateral (linha contínua) e contralateral (linha pontilhada) à cirurgia de mastectomia	48
Figura 7 - Comparação no Grupo 2 da amplitude de movimento (flexão e abdução) e da força de preensão manual entre o lado homolateral à cirurgia (mast.) e o lado contralateral à cirurgia (não mast.).....	53
Figura 8 - Mulheres do Projeto de Extensão da UFJF.....	130
Gráfico 1 - Número de pacientes e tipo de cirurgia efetuada de acordo com os grupos estudados.....	40

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização das nove mulheres do pré-operatório (Grupo 1) em relação às variáveis sociodemográficas.....	35
Quadro 2 -	Caracterização das nove mulheres do Grupo 1 em relação às variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama.....	35
Quadro 3 -	Caracterização das 17 mulheres do Grupo 2 em relação às variáveis sociodemográficas.....	37
Quadro 4 -	Caracterização das 17 mulheres no pós-operatório com relação às variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama.....	38
Quadro 5 -	Discursos pré-construídos.....	57
Quadro 6 -	Discursos corporais/verbais.....	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Resultado da avaliação de amplitude (abdução e flexão) e força de preensão manual de ambos os membros no pré-operatório do Grupo 1 (medição 1).....	36
Tabela 2 -	Resultado da avaliação de amplitude (abdução e flexão) e força de preensão manual de ambos os membros no pós-operatório do Grupo 1 (medição 2).....	36
Tabela 3 -	Resultado da avaliação de amplitude (abdução e flexão) e força de preensão manual de ambos os membros nas mulheres do Grupo 2.....	39
Tabela 4 -	Comparação da angulação (abdução e flexão) e força de preensão manual do membro superior homolateral à cirurgia das mulheres do Grupo 1 com o Grupo 2 (média \pm desvio-padrão).....	49
Tabela 5 -	Comparação da angulação (abdução e flexão) e força de preensão manual das mulheres do Grupo 2 que operaram do lado direito com as que operaram do lado esquerdo (média \pm desvio-padrão).....	50

LISTA DE SIGLAS

ACS	American Cancer Society
AD	Análise do Discurso
ADM	Amplitude de Movimento
ANOVA	Análise de Variância
ASCOMCER	Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer
AVD'S	Atividades de Vida Diária
BLS	Biópsia do Linfonodo Sentinela
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRF	Fadiga Relacionada ao Câncer
FPM	Força de Preensão Manual
HPV	Papiloma Vírus Humano
INCA	Instituto Nacional do Câncer
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
MS	Ministério da Saúde
NTL	Nervo Torácico Longo
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de vida
RT	Radioterapia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3 MÉTODOS	20
3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA	20
3.2 AMOSTRA DA PESQUISA.....	21
3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	21
3.4 <i>CORPUS</i> DE ANÁLISE.....	22
3.4.1 Trabalho de intervenção na Faculdade de Educação Física.....	23
3.4.2 O trabalho de intervenção no Hospital ASCOMCER.....	24
3.4.3 Exames físicos.....	28
3.4.4 Discursos verbais.....	29
4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA PESQUISA	31
4.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	31
4.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS	31
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA	34
5.1 CORPO INDIVIDUAL/CORPO FUNCIONAL.....	34
5.2 SIGNIFICADOS/SUBJETIVIDADES DAS MULHERES INTERPELADAS PELO CÂNCER DE MAMA.....	55
5.3 DISCURSOS CORPORAIS.....	63
5.4 TRANSCENDÊNCIA CORPORAL/SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS COMO PROPOSTA DE ATUAÇÃO TERAPÊU- TICA PARA AS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.....	73
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85
ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

Câncer é o nome dado a um “conjunto de mais de cem doenças cujo ponto em comum é o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo” (BRASIL, 2010).

Os tumores derivados dessa proliferação descontrolada apresentam peculiaridades de acordo com seus tecidos de origem. Tumores benignos lembram as características das células ou dos tecidos de origem e, desse modo, crescem lentamente e não invadem tecidos vizinhos. Em contrapartida, existem os tumores malignos, que são neoplasias, as quais lembram, vagamente, os tecidos normais, mas com um arranjo estrutural desordenado, tendo uma enorme capacidade de proliferação e invasão dos tecidos vizinhos (SANTOS JÚNIOR; WADA; CARVALHO, 2007).

Nas últimas décadas, o câncer ganhou alta dimensão, convertendo-se em um evidente problema de Saúde Pública. Dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2011) revelam que o impacto global da doença mais que dobrou, no mundo, em 30 anos, e estima-se que, no ano de 2030, haja 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer, nessas circunstâncias. O Ministério da Saúde (MS) aponta como fundamental o direcionamento dos recursos e esforços para orientar as estratégias de prevenção e controle da doença, promoção da saúde e estímulo à formulação de leis que permitam monitorar a ocorrência de casos (BRASIL, 2011). Pesquisadores destacam, em seus estudos, essa alta incidência e magnitude, considerando o câncer como problema de forte impacto em Saúde Pública (FONSECA, 2010; MACHADO, SAWADA, 2008; PARADA et al., 2008).

Dados do Ministério da Saúde mostram que, para o ano de 2012/2013, no Brasil, são esperados 257.870 novos casos de câncer. Prevê-se que o câncer de pele do tipo não melanoma (134 mil novos casos) seja o de maior incidência na população brasileira, seguido pelos tumores de próstata (60 mil), mama feminina (53 mil), cólon e reto (30 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (18 mil) (BRASIL, 2011).

O câncer de mama é a neoplasia de maior ocorrência que atinge o sexo feminino, tanto em países desenvolvidos quanto nos que estão em desenvolvimento. Nas regiões brasileiras, ao se considerarem os tumores da pele não melanoma, o câncer de mama é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste e Sul, superando, inclusive, a de colo de útero (BRASIL, 2011).

A etiologia do câncer ainda é desconhecida (SERVAN-SCHREIBER, 2008), porém, a população, em um contexto geral, está muito exposta aos fatores de risco que podem gerar o câncer, tais como: fumo, vida sedentária, dieta rica em gorduras e pobre em frutas e vegetais, alguns vírus como o da Hepatite B, Papiloma Vírus Humano (HPV) e fatores genéticos (JURBERG, GOUVEIA, BELISÁRIO, 2006; MARUYAMA, 2006; STEVEN et al., 2009). Entretanto, o câncer de mama de caráter hereditário (predisposição genética) corresponde a cerca de 5-10% do total de casos (BRASIL, 2011).

Uma vez detectado o câncer, a mulher necessitará passar por vários procedimentos no processo de tratamento, e a sua participação nele é conduzida dentro de uma proposta de um modelo assistencial, traçado pela ética do cuidar de cidadãos, de modo a permitir que se torne sujeito ativo em sua própria assistência (BARRETO et al., 2008).

O tratamento das neoplasias malignas consiste em: ressecções cirúrgicas, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia. Essas intervenções afetam não somente a célula maligna, como também as células de tecidos saudáveis, levando a uma série de debilitações, agudas e crônicas (SEIXAS; KESSLER; FRISON, 2010).

Segundo Park, Zlateva e Blank (2009), a experiência do viver com câncer envolve uma transformação física e psicológica que influi no autoconceito dos indivíduos, levando-se em conta o desenvolvimento de novas identidades. Por se tratar de uma doença crônica, as questões psicológicas e comportamentais emergem associadas à vida dessas pessoas, uma vez que a doença afeta não somente a saúde dos pacientes, como também toda a socialização familiar deles (MOLINA, 2005).

São inúmeras as complicações decorrentes do tratamento. Os pacientes relatam sintomas como mal-estar, náuseas, perda de apetite, podendo desenvolver fadiga, depressão, hipotrofia muscular, diminuição da força e flexibilidade, perda da massa muscular, dor, disfunção articular no hemicorpo envolvido, linfedema, problemas respiratórios (MONTEIRO, 2002). Segundo Camargo (2000), o

comportamento dessas complicações é de fundamental importância, já que um adequado tratamento pode auxiliar na reabilitação física e emocional desses pacientes.

Para Begum, Richardson e Carnichael (2009) e Servan-Schreiber (2008), é imprescindível a rede de apoio, a dieta alimentar, o controle das emoções, a aceitação da doença e serenidade em lidar com ela, o apoio familiar, a aceitação de si mesmo com seus valores e sua história. Também é preciso considerar no tratamento a prática regular de atividade física. Estes são mecanismos que ajudam a encorajar as tão almejadas células de defesa, o sistema imunológico, a fim de mobilizar todo o potencial de resistência ao câncer.

Nessa mesma perspectiva, Rodrigues Netto e Fumis (2010) apontam que o trabalho fisioterápico já está incorporado como ferramenta primordial para a recuperação das comorbidades funcionais pós-câncer e prevenção da instalação de futuras debilidades secundárias à patologia de base. Considerando que o fisioterapeuta possui como objeto de estudos o movimento humano, em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer em suas alterações patológicas, quer em suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgãos, sistema ou função, lança mão de conhecimentos e recursos próprios. Com esses recursos e com base nas condições psico-físico-sociais, busca promover ao indivíduo, por meio de uma relação terapêutica, uma melhor qualidade de vida (QV), atuando nas áreas de prevenção, promoção e reabilitação em saúde (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, 1987).

Considerando a situação do câncer de mama no Brasil e percebendo a necessidade de definir as estratégias a serem priorizadas para o seu controle, o Ministério da Saúde/INCA elaborou, em 2003, o Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, que contém as principais recomendações técnicas referentes à detecção precoce, ao tratamento e aos cuidados paliativos para essa doença (BRASIL, 2004).

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento), e, quando esta é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Importa assinalar que, quando há evidências de metástases (doença a distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e promover melhor qualidade de vida à paciente (BRASIL, 2011).

O diagnóstico precoce é uma das ações precisas para o controle do câncer de mama, podendo ser realizado por autoexame, exame clínico, rastreamento mamográfico, ultrassonografia, punção aspirativa (material citológico ou histológico) ou biópsia cirúrgica (MAUGHAN; LUTLERBIE; HAM 2010). Esse é um dispositivo primordial que será considerado como condição *sine qua non*, se considerarmos o que o diagnóstico precoce representará na qualidade de vida das pessoas que vivenciam e/ou vivenciarão essa doença.

O Instituto Nacional do Câncer enfatiza os importantes avanços na abordagem do câncer de mama nos últimos anos, sobretudo no que diz respeito a cirurgias menos mutiladoras, bem como à busca da individualização do tratamento (BRASIL, 2011).

As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica, para o tratamento loco-regional, e a hormonioterapia, a quimioterapia e a terapia biológica, para o tratamento sistêmico (BRASIL, 2011).

A atuação cirúrgica e o exame histopatológico dos linfonodos axilares ainda permanecem como padrão de avaliação. Nesses procedimentos, o estadiamento axilar é considerado o principal indicador de prognóstico e determinante na terapia sistêmica adjuvante (SONI; CHOY; SPILLANE, 2005) .

A técnica da dissecação dos linfonodos axilares pode resultar em morbidade do membro superior ipsilateral: restrição da mobilidade do braço, formação de seroma, fraqueza do braço, rigidez, disfunções sensoriais, síndrome do ombro caído, dor e linfedema, repercutindo em prejuízo funcional, o qual poderá interferir na qualidade de vida da mulher operada por câncer de mama (COUCEIRO, MENEZES, VALÊNÇA, 2009; SONI, SPILLANE, 2005).

A abordagem cirúrgica tem-se modificado radicalmente nos últimos dez anos, e a tendência atual é oferecer a mínima intervenção que garanta o controle da doença, tomando-se o cuidado de sempre limitar as morbidades, considerar os aspectos funcionais, a estética do local operado e preservar a qualidade de vida da paciente (VERONESI; ZURRIDA, 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde, as cirurgias dependem do estadiamento clínico e histológico. Essas podem ser classificadas em: a) conservadoras – tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e ressecção segmentar ou setorectomia (exérese do tumor com margens); e b) não conservadoras – adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (com a

retirada da glândula mamária, preservando-se a pele e o complexo auréolo-papilar), mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo auréolo-papilar), mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada), mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral (is) com linfadenectomia axilar (radical) (BRASIL, 2004).

Considerando que a reabilitação é um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, não caracterizando área de exclusividade profissional e, sim, uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar bio-psico-social do indivíduo (CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA OCUPACIONAL, 1987), torna-se importante a junção de áreas complementares como a Fisioterapia e a Educação Física, entre outras áreas de conhecimento, envolvidas com o lidar com/para o corpo e a saúde dos indivíduos de um modo geral.

Assim, diante do exposto e em face da atuação direta com o público de mulheres com câncer, por meio da ação do trabalho fisioterápico com ênfase na reabilitação, a pesquisadora inseriu-se, em 2008, em uma equipe multidisciplinar como profissional fisioterapeuta no Projeto de Extensão “Ginástica para mulheres com Câncer”, desenvolvido na Faculdade de Educação Física e Desportos/Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), objetivando o exercício físico como proposta de reabilitação e qualidade de vida para esse grupo específico.

A partir da nossa experiência nesse projeto, passamos a conviver com essas mulheres, seus riscos de complicações funcionais, suas alterações psicossociais, bem como com suas mudanças de posição enquanto sujeitos com câncer de mama. Vale lembrar, foi por meio dessa relação que buscamos compreender a constituição físico-funcional/social e simbólica da mulher pós-diagnóstico de câncer até a terapêutica e a produção de seus efeitos de sentido do/no funcionamento físico-discursivo do ser com câncer de mama.

Assim, o objeto desta pesquisa é a mulher com câncer e sua inter-relação com o físico, o subjetivo e o contextual, uma vez que se trata de uma patologia que causa maior número de mortes entre as mulheres. A proposta deste estudo, então, é conhecer os diversificados sentidos no período temporal do diagnóstico e da terapêutica do câncer de mama, sendo ainda uma doença fortemente marcada pelo estigma social da indiferença e da discriminação.

Buscar-se a compreensão do momento de transformação da mulher, do período de seu diagnóstico até a fase terapêutica, pressupõe envolvimento, para saber, sentir e compartilhar da melhor maneira os anseios, as crenças, as dúvidas, as debilidades, os estigmas, as incertezas que emergem nessas mulheres, pois tem-se, aí, uma mudança do sujeito/mulher para o sujeito/mulher com câncer.

A importância deste trabalho se justifica por proporcionar às mulheres que vivenciaram o fato de estarem com o câncer de mama uma possibilidade de se conhecerem melhor, visto que poderão compreender sobre a doença câncer, sobre a mulher com câncer de mama e poderão ter outros sentidos que ainda não estão dados.

O trabalho aqui apresentado foi descrito, discursivamente, da seguinte maneira:

Primeiramente, apresentamos a metodologia utilizada. No segundo momento, apresentamos alguns pressupostos teóricos das análises do trabalho e, por último, foi exposta a discussão dos resultados, sendo estes demonstrados em três partes fundamentais:

Na primeira parte, trabalhamos o resultado das alterações funcionais encontrado nos dois grupos de mulheres com câncer de mama deste estudo. Na segunda parte, descrevemos o processo de constituição desses sujeitos interpelados pelo câncer, refletindo sobre uma suposta ressignificação da posição do sujeito. Na terceira parte, trazemos reflexões e pesquisa sobre a proposta do exercício físico como instrumento de apoio terapêutico, institucionalizando-o como mecanismo de vida saudável, bem como a visibilidade desse processo, na medida em que a passagem pela doença produz novas formas de significação, novas organizações do dizer, novos processos de identificação, outras modalidades de subjetivação.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo desta pesquisa é analisar a constituição físico-funcional/social e simbólica da mulher pós-diagnóstico de câncer à terapêutica e a produção de seus efeitos de sentido do/no funcionamento físico discursivo do ser com câncer de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Identificar as alterações funcionais (força de preensão manual e amplitude de movimento) no membro superior homolateral à cirurgia, relacionadas à linfadenectomia axilar parcial ou total, em diferentes períodos do pós-operatório.

b) Compreender, discursivamente, de que maneira o sujeito envolvido com a doença se significa e/ou é significado em diferentes etapas de tratamento.

c) Conhecer os processos de subjetivação e de individualização do sujeito diagnosticado com câncer.

d) Verificar a influência dos movimentos corporais executados na atividade física aeróbia e anaeróbia, para a aquisição de habilidades motoras alteradas pós-cirurgia.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Contemplando o objetivo da pesquisa, o estudo foi desenvolvido a partir da metodologia quali-quantitativa, inserindo-se como referencial metodológico a Análise do Discurso (AD), em sua vertente francesa, representada, no Brasil, por Eni Orlandi (1999), e buscando complementação no contexto da mensuração.

O pesquisador, trabalhando sobre o vértice da análise qualitativa, defronta-se com a tarefa de desvelar e torna-se explícita a constituição dos acontecimentos da vida diária do grupo proposto para o estudo. Diante desse fato, procura situar os fenômenos de forma que estes possam mostrar-se na sua própria linguagem e não buscar somente acomodações nos resultados. No entanto, buscamos incursões no contexto da mensuração, na medida em que estudos possam ser planejados para investigar se relações observadas em outros contextos ou por meio de outras metodologias se confirmam (SILVA, 1998).

Diante do exposto, mobilizamos conceitos e mecanismos analíticos da Análise de Discurso. Orlandi (2007, p. 15) entende que o Discurso na AD é “assim palavra em movimento, prática de linguagem”, e, ao se estudá-lo, observa-se o homem falando, podendo, desse modo, conhecer melhor aquilo que faz do homem um ser especial com sua capacidade de significar e significar-se. O que o sujeito diz “tem relação com o seu lugar, isto é, com as condições de produção de seu discurso, com a dinâmica de interação que estabelece na ordem social em que ele vive” (ORLANDI, 2006, p. 138).

Como método, a AD “não estaciona na interpretação, trabalha seus limites, seus mecanismos, como parte dos processos de significação”, sendo que não procura sentido verdadeiro, mas visa compreender, ou seja, explicitar os processos de significação presentes no texto, permitindo a escuta de outros sentidos que ali estão (ORLANDI, 2007, p. 26).

O presente estudo insere-se na metodologia da Análise do Discurso, buscando complementação na análise dos dados mensurados.

3.2 AMOSTRA DA PESQUISA

A amostra deste estudo foi composta por dois grupos:

1. O primeiro grupo foi composto por 9 (nove) mulheres com diagnóstico de câncer de mama que se submeteram ao ato da cirurgia na mama, com o procedimento de linfadenectomia. A coleta de dados foi realizada, em primeiro lugar, no período pré-operatório e, novamente, realizamos uma segunda reavaliação quatro meses após o procedimento cirúrgico. Neste estudo, denominamos Grupo 1.

2. Já o segundo foi composto por 17 (dezesete) mulheres que já possuíam mais de um ano de pós-operatório de cirurgia na mama, com o procedimento de linfadenectomia (Grupo 2).

Como critérios de Inclusão: foram consideradas elegíveis para o estudo as mulheres que foram submetidas ao tratamento de câncer de mama incluindo a intervenção axilar (linfadenectomia axilar parcial ou total), e com idade acima dos 21 anos (idade adulta).

Como critérios de Exclusão: foram selecionadas as mulheres fora da faixa etária proposta no estudo; mulheres com metástase diagnosticada; mulheres com presença de doenças psiquiátricas (autorrelatadas/ou por prontuário); e também as que não tinham disponibilidade para participar da pesquisa e as que desejaram, a qualquer momento, não participar mais do estudo.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Tratando-se de uma pesquisa com seres humanos, foram considerados os aspectos éticos da Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, a qual preconiza que a eticidade da pesquisa implica consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes, como a autonomia (BRASIL, 1997). Nesse sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com a resolução

supracitada, deverá sempre tratá-los em sua dignidade, respeitá-los em sua autonomia e defendê-los em sua vulnerabilidade.

Para o cumprimento das questões éticas, este projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, sendo aprovado em reunião de 15/07/2010, pelo Parecer nº. 090/2010 (Anexo A).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (Anexo C) contém informações referentes ao objetivo do estudo e ao tipo de participação desejada, deixando claro que os participantes também estão assegurados em seu direito à livre participação, sendo que possuem total liberdade de desistir em qualquer momento da pesquisa, estando-lhes assegurado o sigilo e o anonimato quanto às informações pessoais fornecidas.

3.4 *CORPUS* DE ANÁLISE

Em busca de analisar a constituição físico-funcional/social e simbólica da mulher pós-diagnóstico de câncer de mama à terapêutica e à produção de seus efeitos de sentido do/no funcionamento físico discursivo do ser com câncer de mama, foram reunidos diferentes materiais para a construção do *corpus* de análise desta pesquisa. Foram analisados:

- Dados dos prontuários relacionados ao tratamento do câncer de mama, à intervenção axilar e ao tumor;
- *Anamnese*;
- Medições da funcionalidade de membros superiores das mulheres (Amplitude de movimento e Força de Preensão Manual – FPM);
- Atividades de intervenção realizadas na Faculdade de Educação Física e no Hospital ASCOMCER¹;
- Materiais transcritos dos relatos das pacientes obtidos por meio das entrevistas;
- Anotações do Diário de Campo da pesquisadora.

¹ Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer.

Para trabalhar com este recorte variado, foi necessário, inicialmente, compreender a singularidade das mulheres da pesquisa com suas características sociodemográficas e clínicas, juntamente com os resultados funcionais. Em um segundo momento, foi coletado o material linguístico, a fim de fazer o cruzamento entre os discursos.

3.4.1 Trabalho de intervenção na Faculdade de Educação Física

As sessões de exercícios físicos foram desenvolvidas nas dependências da Universidade Federal de Juiz de Fora e as voluntárias persistem com o trabalho até o presente momento. Essas sessões proporcionam às mulheres que passam pelo tratamento de câncer a redescoberta da consciência corporal e a socialização. São realizadas duas vezes por semana, com duração aproximada de 60 minutos/sessão, e objetiva trabalhar três fases durante a aula: uma fase inicial, com atividades aeróbias; uma fase intermediária, com atividades de alongamento e fortalecimento muscular; e uma fase final englobando os exercícios respiratórios e relaxamento.

Para esta proposta metodológica, embasamos nos princípios propostos pela Sociedade Americana de Câncer, pelo Colégio Americano de Medicina do Esporte, além de estudos realizados por pesquisadores brasileiros que relacionam exercícios físicos e câncer (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2000; BATTAGLINI, 2003; CAMARGO, 2000; PRADO, 2001; SCHMITZ, 2010).

As fotografias (Figuras 1 e 2), a seguir, ilustram as atividades desenvolvidas na UFJF. Por meio delas, é possível observar o trabalho em grupo, no qual as mulheres realizam os exercícios respiratórios e de fortalecimento do membro superior, equilíbrio, dissociação de cinturas, trabalho de coordenação motora e marcha.



Figura 1: Exercício físico realizado em grupo.
Fonte: a autora (2011).



Figura 2: Exercício físico realizado em dupla.
Fonte: a autora (2011).

3.4.2 O trabalho de intervenção no Hospital ASCOMCER

A Associação Feminina de Prevenção e Combate ao Câncer (ASCOMCER) é o local onde também é realizada a proposta do projeto. Trata-se de uma entidade civil, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, mantenedora do Hospital Maria José Baeta Reis, localizado no município de Juiz de Fora, cidade polo da macrorregião sudeste da saúde do Estado de Minas Gerais. Surgiu como resultado

da Primeira Convenção Brasileira das Organizações de Voluntárias Femininas de Luta Contra o Câncer, realizada em julho de 1962, na cidade do Rio de Janeiro (ASCOMCER, 2011).

Essa entidade foi fundada em 1963 e tem como finalidade o combate e a prevenção do câncer. Em 2010, foi habilitada pelo Ministério da Saúde como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON). Assim, por meio da Rede de Atenção Oncológica, o Ministério da Saúde almeja assistência especializada e integral ao paciente com câncer, atuando no diagnóstico e tratamento desse indivíduo. Essa assistência abrange sete modalidades integradas: diagnóstico, cirurgia oncológica, radioterapia, quimioterapia (oncologia clínica, hematologia e oncologia pediátrica), medidas de suporte, reabilitação e cuidados paliativos. Essa assistência tem como objetivo fazer com que o doente de câncer tenha um tratamento integral, pois raros são os casos de câncer que precisam de apenas uma modalidade terapêutica oncológica (cirurgia, radioterapia, quimioterapia ou iodoterapia) (BRASIL, 2009).

A publicação da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS)/Ministério da Saúde nº. 62, de 11 de março de 2009 (BRASIL, 2009), revogou a Portaria SAS nº. 146, que originou o conceito de complexo hospitalar, e objetivou continuar o plano de organização da alta complexidade na Rede de Atenção Oncológica, atualizando e incluindo novas habilitações, pautado desde a Portaria SAS nº. 741/2005, pela integralidade assistencial, chegando, até mesmo, a contemplar serviços gerais e especializados.

Segundo o Ministério da Saúde, os pacientes em tratamento oncológico, normalmente, submetem-se a múltiplas modalidades, em diversas combinações entre elas e em diferentes momentos da evolução de sua neoplasia maligna. Também, os doentes de câncer necessitam de serviços gerais não oncológicos, como consultas em diversas especialidades (clínica médica, endocrinologia, pneumologia etc.), exames (laboratoriais, gráficos e de imagem), suporte de outros profissionais da saúde e cuidados paliativos, visto que a assistência aos doentes de câncer envolve todas as áreas médicas e biomédicas, diagnósticas e terapêuticas, ambulatoriais e de internação, não só de adultos, como também de crianças e adolescentes. O melhor é que sejam atendidos em hospitais especificamente credenciados e habilitados que reúnam as condições necessárias de infraestrutura, de recursos humanos e materiais e de equipamentos.

A ASCOMCER tem como objetivo dar um tratamento digno e humanizado ao paciente oncológico carente, com 94% de seu atendimento direcionado a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo os outros 6% direcionados aos diversos pacientes de planos de saúde e particulares. O hospital possui 66 leitos para internamentos, realiza assistência por serviços ambulatoriais, tratamento clínico e cirúrgico (ASCOMCER, 2011).

Devido à baixa incidência de adesão do público com câncer de mama ao projeto realizado na Universidade Federal de Juiz de Fora, citado anteriormente, observamos a necessidade de uma aproximação maior com esse público e com o meio social que o envolve. Para tanto, firmamos uma parceria a fim de que as atividades também fossem realizadas no hospital. Por conseguinte, desenvolver uma relação de confiança, levar orientações, conhecimento, além de implementar a prática dos exercícios físicos, procurando influenciar em sua maneira de lidar com o adoecimento, foi o foco inicial e primordial deste estudo.

Cumpramos ressaltar que a proposta dos exercícios físicos desenvolvidos pelo projeto não segue nenhum protocolo. De acordo com os objetivos, respeitando a individualidade de cada mulher, são propostos exercícios sempre com a intensidade de leve a moderada. Desse modo, atingiremos os resultados sem causar danos à saúde desse grupo específico (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2011; AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE, 2000; BATTAGLINI, 2003; CAMARGO, 2000; PRADO, 2001; SCHMITZ, 2010).

As atividades no hospital foram realizadas nas salas de quimioterapia e de espera da radioterapia:

a) Sala de quimioterapia: local onde as pacientes ficam por várias horas recebendo a infusão da medicação. Vale lembrar que, nesse momento e por permanecerem por períodos extensos na mesma posição, a ocorrência de câimbras e dores musculares são recorrentes. A partir desse levantamento, elaboramos um programa individualizado, que consiste em alongamentos locais de membros superiores, exercícios respiratórios, exercícios de fortalecimento, relaxamento, além da integração do grupo. Os exercícios são realizados duas vezes por semana, com duração de aproximadamente 10 minutos por paciente.

A Figura 3, a seguir, representa o momento em que a paciente com câncer recebe a infusão da medicação, na sala da quimioterapia. Durante esse

procedimento, desenvolvemos o trabalho de fortalecimento, respiratório e relaxamento:



Figura 3: Exercício físico individual realizado na sala de quimioterapia.
Fonte: a autora (2011).

b) Sala de espera da radioterapia: nesse local, as pacientes ficam aguardando a sua chamada para a aplicação da radioterapia, que é feita individualmente e sem contato com pessoas externas devido à radiação. Normalmente, enquanto esperam, ficam assistindo à televisão, sozinhas ou acompanhadas por algum familiar. O programa de educação física realizado é em grupo, trabalham-se exercícios respiratórios, alongamento, fortalecimento dos músculos do membro superior e inferior, socialização, e a educação sobre a doença estimula a integração entre elas e os familiares. A sessão ocorre duas vezes por semana, com duração de aproximadamente 30 minutos.

A Figura 4, a seguir, ilustra os exercícios físicos praticados na sala de espera da radioterapia do Hospital ASCOMCER:



Figura 4: Exercício físico em grupo, desenvolvido na sala de espera da radioterapia.
Fonte: a autora (2011).

É importante ressaltar que, uma vez por semana, a equipe de fisioterapia, o educador físico e as psicólogas expõem palestras educativas sobre a importância da prática do exercício físico como ferramenta de prevenção de comorbidades secundárias ao câncer, sendo este um mecanismo que pode proporcionar às pacientes melhor qualidade de vida. Este é um espaço também para divulgar a atividade oferecida na UFJF, pois os profissionais esclarecem dúvidas frequentes para as pacientes e os familiares; além disso, promovem uma integração de toda a equipe do hospital onde o paciente está em tratamento.

3.4.3 Exames físicos

Os exames físicos (mensuração da amplitude de movimento (ADM) da articulação dos ombros e a avaliação da força de preensão manual) foram conduzidos por uma única avaliadora capacitada na área de fisioterapia, tendo sido realizados em todas as mulheres do estudo. Ainda, foi analisada a ficha de avaliação (Anexo D) e foram feitas medições da funcionalidade por meio do goniômetro da marca CARCI (ADM) e um dinamômetro da marca TAKEI A5401 digital (FPM).

Buscaram-se aqui as variáveis mensuradas nos testes de goniometria e o resultado da avaliação de força de preensão manual por meio das relações de significados produzidas a partir dos dados quantitativos.

A proposta da compilação desses dados foi de mostrar as alterações presentes nos corpos das mulheres que passaram pela cirurgia de mama; contudo, para que houvesse uma compreensão mais próxima do “real”, foi necessário perceber e conhecer, previamente, os seres humanos que estavam inseridos nesse processo.

3.4.4 Discursos verbais

O discurso verbal foi analisado a partir dos dados que emergiram das entrevistas realizadas em diversos momentos. Para a coleta desse material, utilizou-se um aparelho em áudio, sendo que todas as entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora.

Nas análises, foram realizadas diversas leituras, procurando-se, ao máximo, ser fiel à forma das respostas e às palavras utilizadas pelas entrevistadas. Isso nos permitiu observar o que se encontrava por trás do “não dito”, e que realmente era imbuído de significado. Os materiais transcritos e os testes realizados não dizem tudo, mas o “não dito” aparece nas entrevistas, subentendido na materialidade da linguagem. Foram essas marcas dos sentidos que tentamos captar na análise das entrevistas, por meio das repetições e diferenças de sentido que as questões faziam produzir (FERREIRA, 2003).

As entrevistas foram realizadas com um total de 26 mulheres, apresentadas aqui em quatro momentos, sendo:

- a) 9 (nove) mulheres identificadas de S1 a S9 participaram da pesquisa no período pré-operatório, correspondente ao Grupo 1;
- b) Essas nove mulheres participaram também da pesquisa no período de pós-operatório imediato (um dia após a cirurgia);
- c) 17 (dezesete) mulheres deram seu depoimento somente no período pós-operatório tardio (um ano ou mais de pós-operatório), correspondendo ao Grupo 2;

d) Seis mulheres depoentes do pós-operatório tardio (Grupo 2) participam do projeto “Ginástica para mulheres com câncer”.

Cumprir assinalar que todas as entrevistas foram realizadas individualmente, gravadas em áudio e transcritas pela própria autora.

Importante ressaltar que a entrevista, formulada especialmente para fins deste estudo, iniciou com três perguntas principais e, em alguns momentos e com algumas voluntárias, foi necessário o desdobramento em novas perguntas. As perguntas realizadas, com suas respectivas respostas, encontram-se no Anexo E.

Buscamos, com essas perguntas, conhecer o significado posto em relação ao próprio “eu”, ao corpo, sua funcionalidade, bem como ao trabalho das mulheres entrevistadas e suas inter-relações.

O primeiro contato com as mulheres do Grupo 1 foi no hospital, no momento do pré-operatório. Todas foram avaliadas no período da manhã enquanto aguardavam a cirurgia, que ocorreria na parte da tarde. As medições e a entrevista foram realizadas em uma sala à parte onde se encontravam apenas a paciente e a pesquisadora. Nesse momento, foi feita a apresentação e expostos os objetivos da pesquisa e, uma vez que optaram por participar da mesma, deu-se início à coleta dos dados.

No Grupo 1, as avaliações, realizadas quatro meses após a cirurgia, foram agendadas por telefone, e a coleta das medições, bem como os dados das entrevistas, foram realizados no lugar de preferência da participante, no hospital ou em sua própria casa.

As mulheres do Grupo 2 já faziam parte das atividades propostas no hospital e das atividades na Universidade. Todas foram informadas sobre o estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi realizada a coleta de dados, também individual, em um ambiente reservado.

4 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DA PESQUISA

4.1 TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para a análise dos dados quantitativos, foi realizado o teste de normalidade Shapiro-Wilk e observou-se que as variáveis estudadas apresentaram distribuição normal. Os resultados foram apresentados por média e desvio-padrão.

Para a comparação das variáveis durante o pré e pós-operatório e entre os membros, foi utilizada a Análise de Variância (ANOVA) de dois fatores, seguida do teste Post Hoc de Sheffé.

Para a comparação do lado contralateral com o homolateral, foram realizados os testes paramétricos *t* de *Student* (para comparação das médias de duas amostras independentes e dependentes).

Adotou-se o nível de significância de 5%, e os cálculos foram feitos com o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS²) v.11.01/Universidade de Stanford.

4.2 ANÁLISE DOS DISCURSOS

Para realizar a análise dos discursos, utilizou-se do “dispositivo de análise”. Segundo Orlandi (2007, p. 59), “analisar é compreender a ordem do discurso em questão” e, nessa perspectiva, a Análise do Discurso busca encontrar não o ideológico explícito ou implícito do texto, mas a maneira como o dito se significa, a historicidade desse significar.

Em relação ao discurso enunciado pelo sujeito, a autora afirma, para que o discurso seja compreendido, é preciso considerar seu sentido, isto é, o sujeito se inscreve (e inscreve o seu dizer) em uma *formação discursiva* que se relaciona com outras *formações discursivas*. A relação entre a situação social do sujeito e a sua *posição* no discurso não é direta. Há *formações imaginárias* que presidem essa

² Ver: <<http://www.spss.com>>.

relação, de modo que o lugar de onde ele fala se reflete no que ele diz. É, portanto, um jogo de imagens que se projeta em todo discurso.

Segundo Orlandi (2007, p. 43): “a formação discursiva se define como aquilo que, numa formação ideológica dada, ou seja, a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada, determina o que pode e deve ser dito”. Assim, o *dispositivo analítico* desta pesquisa foi constituído a partir das seguintes questões:

- o que se fala – no nível do textualizado;
- como se fala – no modo de texto;
- de onde se fala – a situação de interlocução;
- com quem se fala – a relação com o outro.

Orlandi (2007) esclarece que a noção de discurso implica a relação da linguagem com a *exterioridade* e que essa *exterioridade* constitui o que é chamado de *condições de produção de discurso*, incluindo aí a *memória discursiva*, sua historicidade.

Então, as entrevistas foram analisadas em sua materialidade discursiva e em sua espessura semântica. No tocante à sua materialidade, tivemos de compreender os sentidos produzidos, ou melhor, tivemos de entender como é que o sujeito estava ali produzindo sentidos, porque o texto não produz sentidos em si mesmo e sim pelos sujeitos (FERREIRA, 2003). Desse modo, foi realizado o seguinte percurso metodológico:

a) As entrevistas foram colocadas umas em relação às outras e também a outros textos de outros sujeitos. Isso nos permitiu ter sujeitos falando de formas diferentes.

b) Em algumas situações, analisamos os sujeitos em relação ao que eles não disseram. Isto foi possível porque, por meio do método da Análise de Discurso, compreende-se que o que é dito dá pistas daquilo que não é dito (ORLANDI, 1998). Para se chegar ao que não é dito, foi necessário perceber as rupturas do discurso.

Segundo a autora, esses não ditos possuem vários estatutos:

- a) Há o que não é dito, mas que é o possível de se dizer;
- b) Há o não dito que o sujeito busca afastar de seu discurso, porque não quer que seja dito, mas é apresentado no seu discurso corporal.

As marcas linguísticas com que trabalhamos foram os pronomes, os adjetivos e os advérbios, buscando compreender como eles foram sendo usados tanto em relação ao sujeito como em relação à doença. Essas marcas foram pontuadas na

medida em que os enunciados apresentaram as mesmas palavras temáticas sobre a doença no que se refere ao momento presente, à funcionalidade, às preocupações, às mudanças. Embora essas palavras inicialmente nos pareçam ser as mesmas, segundo Orlandi (2007), sabemos que, em relação ao sujeito, não são.

Quanto à descrição do funcionamento, o discurso estabelece as bases discursivas sobre as quais foram feitas as interpretações (onde, quem, como, para quem), tendo como enfoque principal a relação com a história na qual se constituiu. Portanto, para as análises dos dados aqui apresentados, partimos do princípio teórico de que o discurso (verbal e não verbal), para significar, inscreve-se na história, ou seja, os sentidos têm uma historicidade.

Por meio da observação de alguns aspectos dos discursos que obtivemos por intermédio das entrevistas, buscamos detectar os sentidos da linguagem da mulher com câncer, em um determinado momento histórico e em uma abordagem que trata aqui de processos de significação. Esses enunciados foram muito relevantes e servem como pistas para este trabalho de interpretação do discurso apresentado pelas mulheres com câncer de mama.

Os dados referentes à observação e às percepções durante a pesquisa de campo foram registrados nos Diários de Campo, sendo que, nessas anotações, constam os discursos corporais correlacionados com os discursos verbais.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Neste capítulo, serão apresentados os resultados da pesquisa. Os dados coletados deixam evidente que todo o processo, do diagnóstico à terapêutica do câncer de mama, engloba aspectos biofisiológicos, psicológicos e sociais, repercutindo no simbólico e representativo de cada mulher nas etapas de sua vida com o câncer de mama.

5.1 O CORPO INDIVIDUAL/CORPO FUNCIONAL

Atrás de um corpo atravessado pelo câncer, é necessário, inicialmente, compreender a “Doença” e o “Ser habitável” com a existência entre o modelo biológico e o social, constituindo características individuais no processo de construção de identidades.

Para dar visibilidade à análise dos dados, apresentaremos, a seguir, alguns quadros e tabelas que destacam:

a) Caracterização das mulheres que constituem o Grupo 1 desta pesquisa, em que observaremos as variáveis sociodemográficas (Quadro 1) e as variáveis clínicas do tratamento (Quadro 2);

b) Os resultados da avaliação de ADM (abdução e flexão) e força muscular no pré-operatório (Tabela 1/medição 1);

c) Os resultados da segunda avaliação do Grupo 1 – os dados demonstram os resultados da avaliação no período de quatro meses de pós-operatório (Tabela2/medição 2).

Para assegurar o anonimato das mulheres envolvidas, estas foram identificadas pela letra S – sujeito. No período pré-operatório, trabalhamos com nove mulheres, aqui discriminadas de (S1) a (S9), conforme o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1: Caracterização das nove mulheres do pré-operatório (Grupo1) em relação às variáveis sociodemográficas.

Sujeito	Idade	Braço dominante	Profissão	Escolaridade
S1	47	Direito	Doméstica	Ensino Fundamental incompleto
S2	66	Direito	Bibliotecária	Ensino Médio completo
S3	34	Direito	Doméstica	Ensino Fundamental completo
S4	68	Direito	Doméstica	Ensino Fundamental incompleto
S5	61	Direito	Camareira	Ensino Fundamental incompleto
S6	50	Esquerdo	Doméstica	Ensino Fundamental incompleto
S7	47	Esquerdo	Pedagoga	Ensino Superior completo
S8	52	Esquerdo	Doméstica	Ensino Médio incompleto
S9	56	Direito	Diarista	Ensino Fundamental completo

Fonte: a autora (2011).

As variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama também são dados importantes, sendo necessário conhecê-las, visto que poderão interferir nas morbidades futuras e individualidade de cada sujeito. Essa caracterização será mostrada no Quadro 2:

Quadro 2: Caracterização das nove mulheres do Grupo 1 em relação às variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama.

Sujeito	Antecedente familiar de câncer	Tipo de cirurgia realizada	Lado cirúrgico	RT	QT
S1	Não	Quadrantectomia	Direito	Não	Sim
S2	Não	Quadrantectomia	Direito	Não	Não
S3	Sim	Tumorectomia	Esquerdo	Não	Sim
S4	Não	Setorectomia	Direito	Não	Não
S5	Sim	Linfadenectomia axilar	Direito	Não	Não
S6	Sim	Setorectomia	Esquerdo	Não	Não
S7	Sim	Mastectomia radical modificada	Direito	Não	Não
S8	Sim	Mastectomia radical modificada	Direito	Não	Sim
S9	Sim	Setorectomia	Esquerdo	Não	Sim

Fonte: a autora (2011).

Obs: Quanto ao tipo de cirurgia realizada, todas as participantes realizaram também o procedimento da linfadenectomia.

As Tabelas 1 e 2 descrevem os resultados encontrados nas avaliações de ADM (abdução e flexão) e força muscular no pré-operatório (Tabela 1/medição 1) e quatro meses de pós-operatório (Tabela2/medição 2).

Tabela 1: Resultado da avaliação de amplitude (abdução e flexão) e força de preensão manual de ambos os membros no pré-operatório do Grupo 1 (medição 1).

Sujeito	GRUPO 1 (MEDIÇÃO 1)						
	Lado cirúrgico	Abdução Direito	Abdução Esquerdo	Flexão Direito	Flexão Esquerdo	Força Direito	Força Esquerdo
S1	Direito	130	130	150	140	31,56	23,90
S2	Direito	150	150	140	140	15,50	11,70
S3	Esquerdo	170	180	155	169	19,55	16,83
S4	Direito	130	130	140	160	28,86	29,33
S5	Direito	148	152	120	140	20,96	24,96
S6	Esquerdo	160	160	159	150	19,50	22,16
S7	Direito	160	170	162	180	16,70	16,20
S8	Direito	135	140	120	162	24,20	21,20
S9	Esquerdo	130	160	110	160	13,83	19,26

Fonte: a autora (2011).

Observação: A ADM foi calculada em graus e a FM em Kg/F.

Tabela 2: Resultado da avaliação de amplitude (abdução e flexão) e força de preensão manual de ambos os membros no pós-operatório do Grupo 1 (4 meses após cirurgia/medição 2).

Sujeito	GRUPO 1 (MEDIÇÃO 2)						
	Lado cirúrgico	Abdução Direito	Abdução Esquerdo	Flexão Direito	Flexão Esquerdo	Força Direito	Força Esquerdo
S1	Direito	145	145	155	160	29,30	23,17
S2	Direito	145	160	150	160	15,00	14,80
S3	Esquerdo	175	175	160	160	20,35	16,36
S4	Direito	130	130	128	130	27,53	33,60
S5	Direito	120	155	110	140	20,35	25,10
S6	Esquerdo	160	150	160	146	21,05	21,00
S7	Direito	155	175	150	180	15,80	21,00
S8	Direito	160	170	170	180	21,33	23,33
S9	Esquerdo	140	140	120	140	15,00	17,30

Fonte: a autora (2011).

A seguir, apresentaremos a caracterização do Grupo 2, composto por 17 mulheres que constituem a amostra do pós-operatório, aqui discriminadas de (S10) a (S26). A caracterização se refere:

- a) às variáveis sociodemográficas (Quadro 3) e às variáveis clínicas do tratamento (Quadro 4);
- b) aos resultados da avaliação de ADM (abdução e flexão) e força muscular no Grupo 2 (Tabela 3).

Quadro 3: Caracterização das 17 mulheres do Grupo 2 em relação às variáveis sociodemográficas.

Sujeito	Idade	Braço dominante	Profissão	Escolaridade
S10	43	Direito	Desenhista	Ensino Superior incompleto
S11	53	Direito	Doméstica	Ensino Médio completo
S12	51	Direito	Doméstica	Ensino Fundamental completo
S13	56	Esquerdo	Professora	Ensino Superior completo
S14	53	Esquerdo	Doméstica	Ensino Fundamental incompleto
S15	44	Direito	Doméstica	Ensino Fundamental incompleto
S16	48	Esquerdo	Costureira	Ensino Médio completo
S17	37	Direito	Vendedora	Ensino Fundamental incompleto
S18	50	Direito	Secretária	Ensino Médio completo
S19	63	Direito	Costureira	Ensino Fundamental completo
S20	44	Direito	Doméstica	Ensino Fundamental completo
S21	43	Direito	Enfermeira	Ensino Superior completo
S22	45	Direito	Acompanhante	Ensino Fundamental completo
S23	54	Direito	Professora	Ensino Superior completo
S24	40	Direito	Doméstica	Ensino Médio completo
S25	82	Direito	Aposentada	Ensino Fundamental completo
S26	37	Direito	Vendedora	Ensino Fundamental completo

Fonte: a autora (2011).

Quadro 4: Caracterização das 17 mulheres no pós-operatório com relação às variáveis clínicas do tratamento efetuado para o câncer de mama.

Sujeito	Antecedente familiar de câncer	Tipo de cirurgia realizada	Lado cirúrgico	RT	QT
S10	Sim	Mastectomia radical modificada	Direito	Sim	Sim
S11	Sim	Quadrantectomia	Direito	Sim	Sim
S12	Sim	Quadrantectomia	Direito	Sim	Sim
S13	Sim	Mastectomia radical	Direito	Sim	Sim
S14	Sim	Quadrantectomia	Esquerdo	Sim	Sim
S15	Não	Mastectomia radical	Esquerdo	Sim	Sim
S16	Sim	Mastectomia radical	Direito	Sim	Sim
S17	Sim	Mastectomia radical	Direito	Sim	Sim
S18	Sim	Mastectomia radical	Direito	Sim	Sim
S19	Sim	Quadrantectomia	Direito	Sim	Sim
S20	Sim	Mastectomia radical	Esquerdo	Sim	Sim
S21	Sim	Mastectomia radical	Esquerdo	Sim	Sim
S22	Sim	Quadrantectomia	Direito	Sim	Sim
S23	Sim	Setorectomia	Esquerdo	Sim	Sim
S24	Sim	Mastectomia radical modificada	Direito	Sim	Sim
S25	Sim	Setorectomia	Esquerdo	Sim	Sim
S26	Não	Mastectomia radical	Esquerdo	Sim	Sim

Fonte: a autora (2011).

Obs: Todas realizaram, junto ao procedimento cirúrgico, a linfadenectomia.

Tabela 3: Resultado da avaliação de amplitude (abdução e flexão) e força de preensão manual de ambos os membros nas mulheres do Grupo 2.

Sujeito	GRUPO 2						
	Lado cirúrgico	Abdução Direito	Abdução Esquerdo	Flexão Direito	Flexão Esquerdo	Força Direito	Força Esquerdo
S10	Direito	110	170	150	170	21,10	24,80
S11	Direito	165	175	170	180	27,16	27,13
S12	Direito	155	160	150	160	29,10	23,13
S13	Direito	170	180	170	180	10,20	28,73
S14	Esquerdo	122	118	150	149	0,00	6,10
S15	Esquerdo	150	140	175	150	24,70	15,06
S16	Direito	60	150	102	155	14,10	15,73
S17	Direito	170	130	180	120	20,47	14,73
S18	Direito	165	150	160	149	21,00	12,13
S19	Direito	140	175	148	170	20,90	19,66
S20	Esquerdo	170	100	160	100	23,70	19,33
S21	Esquerdo	170	110	180	155	28,86	24,83
S22	Direito	130	175	155	180	16,46	19,66
S23	Esquerdo	100	20	150	20	23,50	10,40
S24	Direito	80	120	90	130	9,80	23,00
S25	Esquerdo	150	125	160	130	22,06	15,73
S26	Esquerdo	160	140	160	140	20,73	17,83

Fonte: a autora (2011).

É importante ressaltar que as mulheres dos Quadros 1 e 3 não são as mesmas. O Quadro 1 corresponde às que se encontravam no pré-operatório (S1 a S9) nas quais foram realizadas duas medições de amplitude de movimento (flexão e abdução) no pré-operatório (medição1), referente à Tabela 1, e, no pós-operatório (medição 2), referente à Tabela 2.

As mulheres do Quadro 3 correspondem às que se encontravam com mais de um ano de pós-operatório (S10 a S26) e que foram medidas apenas uma vez (Tabela 3).

Os próximos gráficos que serão apresentados demonstrarão:

a) os tipos de cirurgia;

b) a relação das alterações corporais que as mulheres com câncer de mama apresentaram no decorrer do processo de tratamento e recuperação (ADM e FPM).

Em relação ao tipo de cirurgia executada nos dois grupos de mulheres analisados neste estudo, o Gráfico 1, a seguir, demonstra, separadamente, a distribuição do número de pacientes e os tipos de cirurgia efetuados:

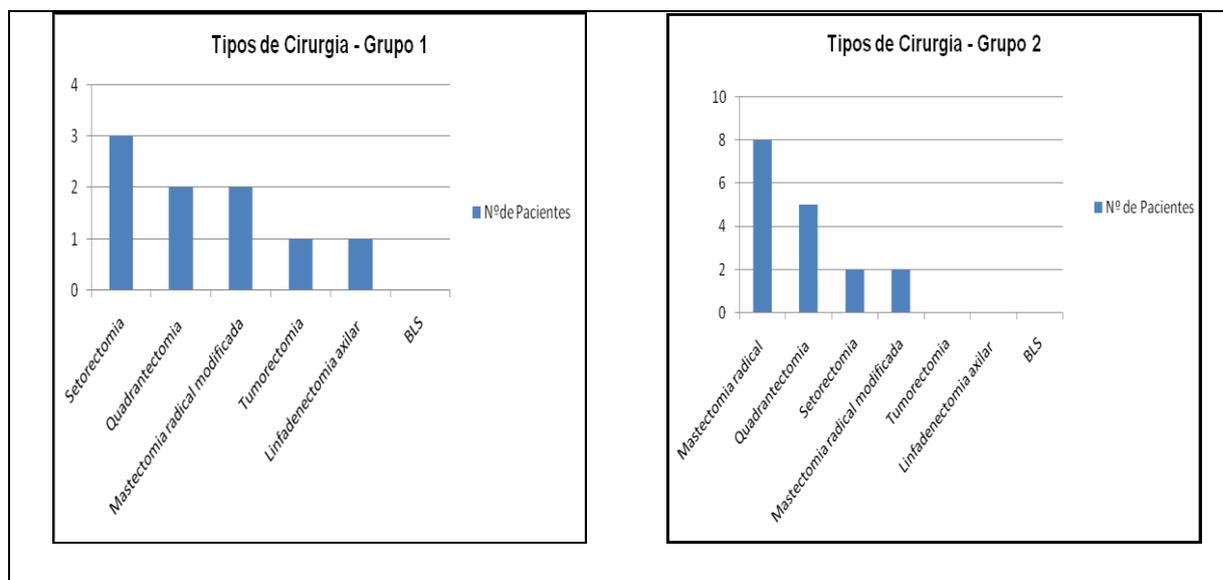


Gráfico 1: Número de pacientes e tipo de cirurgia efetuada de acordo com os grupos estudados.
Fonte: a autora (2011).

Observamos, nesta pesquisa, que 33,3% das cirurgias realizadas do Grupo 1 foi do tipo setorectomia, seguida pela quadrantectomia e mastectomia radical modificada; já no Grupo 2, o que prevaleceu com 47% das cirurgias foi do tipo mastectomia radical, seguida pela quadrantectomia e setorectomia. Mesmo observando que não foi realizada nenhuma cirurgia do tipo linfonodo sentinela, depreendemos que ocorreu uma mudança na abordagem cirúrgica nas cirurgias realizadas em 2011, Grupo 1, em que foram realizadas cirurgias menos debilitantes. Não observamos, no Grupo 1, nenhum tipo de cirurgia do tipo mastectomia radical, como foi encontrado no Grupo 2, cirurgias realizadas em 2009. Esses dados demonstram um ponto positivo em se tratando de hospital público e a preocupação de buscar procedimentos cirúrgicos menos traumáticos.

Em 2007, o Consenso Nacional em Mastologia determinou que a biópsia de linfonodo sentinela (BLS) fosse considerada rotina-padrão no tratamento do câncer

de mama, em todos os casos, sem contraindicação. Segundo o Consenso, atualmente, não existe método que melhor realize a avaliação da axila e identifique mais precocemente metástases axilares do que a BLS. Esse procedimento proporciona à mulher sobrevida global e apresenta menor morbidade quando comparado com a dissecação axilar completa (edema, limitação de mobilidade de membro superior, dores e parestesia) (BRASIL, 2007).

A técnica BLS consiste em identificar um ou mais linfonodos – chamados linfonodos sentinela –, nos quais ocorre, primeiramente, a drenagem linfática, que pode prever se o câncer está na mama ou se atingiu outra região, evitando, assim, a dissecação completa e sistemática da axila em mulheres com câncer de mama inicial, mantendo o estadiamento precoce com diminuição da morbidade (COUCEIRO, MENEZES, VALÊNÇA, 2009; MANSEL et al., 2006; RIETMAN et al., 2006).

Essa técnica foi introduzida na década de 1990, inicialmente, como modalidade terapêutica no tratamento do câncer e, apesar da abordagem cirúrgica estar sendo modificada radicalmente nos últimos dez anos (VERONESI; ZURRIDA, 2007), observamos, ainda assim, neste estudo, uma limitação relacionada à recomendação do Consenso nas cirurgias realizadas em mulheres. Este é um importante fator a ser pesquisado, uma vez que todas as cirurgias foram realizadas em hospital público e depois de 2008.

Ainda em relação ao tipo de cirurgia e suas sequelas, nota-se que há uma controvérsia entre os estudiosos sobre a associação entre o tipo de cirurgia realizada e as morbidades futuras.

No estudo realizado por Paiva et al. (2011) sobre a associação da cirurgia com o linfedema, que é uma importante morbidade entre sobreviventes do câncer de mama, encontrou-se menor ocorrência em cirurgias conservadoras. Já no estudo de Freitas (2010), não se encontrou diferença significativa quanto ao tipo de cirurgia realizado e ao desenvolvimento de linfedema quando as cirurgias foram comparadas à quadrantectomia e mastectomia radical modificada.

Outros estudos demonstram a relação do tratamento cirúrgico para câncer de mama e a alteração na musculatura, modificando a biomecânica do complexo do ombro e ocasionando restrições da ADM (SHAMLEY et al., 2007; THOMAS-MACLEAN, 2009). A região da mama e da axila é composta por músculos importantes no mecanismo funcional de movimentos dos membros superiores. O

grande peitoral é o músculo que atua na adução do braço – movimento em rotação medial para a superfície anterior do corpo e possui três porções de origem: porção clavicular, porção esternocostal e porção abdominal. O músculo pequeno peitoral abaixa o ombro e pode auxiliar no mecanismo de inspiração; sua origem se dá da segunda à quinta costelas. O músculo serrátil anterior protraí e fixa a escápula contra a parede torácica, executando o movimento de rotação da escápula. O músculo subescapular origina-se da face anterior da escápula, sua inserção se faz no colo do úmero, executa o movimento de rotação medial, flexão, abdução e adução do braço, estabiliza o úmero na fossa glenoide. O músculo grande dorsal possui sua origem nos processos espinhosos das seis vértebras torácicas inferiores, das lombares, da face dorsal do sacro, da borda externa da crista ilíaca e três ou quatro costelas inferiores e insere na crista do tubérculo menor do úmero, age na adução do braço, abaixa o braço levantado, trazendo-o em direção dorsal, gira-o em direção medial e puxa o ombro para trás (BOFF; WISINTAINEF, 2006).

Seguindo o tratamento cirúrgico instituído, a radioterapia (destruição de células por meio da radiação ionizante), a quimioterapia (uso de drogas – quimioterápicos antineoplásicos – para destruir células cancerosas) e a hormonioterapia (terapia adjuvante sistêmica) são indicadas com base no risco de recorrência (BRASIL, 2006; MAUGHAN, 2010).

Segundo o documento do Consenso sobre o controle do câncer de mama, realizado em 2004, a radioterapia pode ser aplicada antes da cirurgia com o intuito tanto de reduzir o tamanho do tumor quanto de destruir as células remanescentes após a cirurgia. Nas cirurgias conservadoras, a radioterapia deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independentemente do tipo histológico, da idade, do uso de quimioterapia ou hormonioterapia, ou mesmo se as margens cirúrgicas estiverem livres de comprometimento neoplásico (BRASIL, 2004).

Levangie e Drouin (2009) apontam, em seu estudo, pesquisas que demonstram o efeito da radiação axilar no encurtamento dos músculos peitoral maior e menor associado ao maior risco de desenvolvimento de morbidade do braço.

O tratamento, apesar de imbuído de efeitos não desejados, representa a chance de recuperar a saúde. A quimioterapia, mesmo com seus efeitos colaterais, é vista como o que poderá proporcionar a cura e eliminar o câncer do corpo da paciente, dando-lhe, de volta, a vida normal (GONÇALVES, 2009).

Esse pensamento é salientado pelo discurso da participante (S32) da pesquisa, no qual se observa que a adesão ao tratamento é uma medida determinada em seu processo de recuperação e, ao mesmo tempo, ela encontra-se ativa nesse processo: "(...) Eu não consegui ver dificuldade... fé e faz o tratamento, perseverança no tratamento (...) acontecer, aconteceu mas, acabou..."

A terapêutica utilizada para o tratamento do câncer influencia, diretamente, nas alterações em nível anatômico, fisiológico e funcional, repercutindo na funcionalidade do membro homolateral à cirurgia à qual relacionam, frequentemente, dor, diminuição da amplitude de movimento do ombro, redução de força muscular na cintura escapular, aumento de volume do segmento corporal, parestesias da região axilar e da parede lateral do tórax, alteração na imagem corporal. A existência dessas alterações e a proporção da morbidade estão relacionadas diretamente com a extensão e o trauma na cirurgia e, como consequência, pode interferir na qualidade de vida e na execução das atividades da vida diária das pacientes (HARRIS et al., 2002; LANGER, 2007; VALENTE, 2008).

Segundo Bregagnol e Dias (2010), essas complicações ocorrem, sobretudo, no período pós-operatório, em aproximadamente 63,6% das mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama com esvaziamento axilar total. Para Barreto et al. (2008) e Camargo e Marx (2000), o estudo sobre o comportamento dessas complicações é de fundamental importância, uma vez que um adequado tratamento pode auxiliar na reabilitação funcional e qualidade de vida.

O procedimento cirúrgico pode vir acompanhado por lesões nervosas. Estas são cada vez menos frequentes; contudo, os tipos de lesão mais comumente encontrados são a do nervo intercostobraquial e a do nervo torácico longo (NTL) (BARACHO, 2007).

O nervo intercostobraquial (nervo cutâneo do braço) inerva a pele e a parte média superior do braço; a sua lesão pode desencadear alterações na sensibilidade, parestesia da região axilar e interna do braço (BARACHO, 2007; VELLOSO, 2009). A lesão NTL, ou nervo de Bell, inerva o serrátil anterior (limite medial da axila), sendo este um músculo importante para a fixação da escápula à parede torácica durante a abdução do ombro e extensão do braço (BOFF, 2006).

A maioria das lesões é do tipo parcial e transitória (neuropraxia), e, progressivamente, recuperam-se com o tratamento conservador (LANGER et al., 2007). Entretanto, quando essa regressão não ocorre nos primeiros seis meses, a

lesão pode ser considerada completa, com raras chances de reabilitação (CAMPBELL, 2008).

Importante destacar que, em todas as pacientes avaliadas neste estudo, o processo cirúrgico veio acompanhado da lesão do nervo intercostobraquial (verificado nos respectivos prontuários), porém, nas entrevistas, somente duas, ou seja, 7%, deixaram transparecer essa alteração de sensibilidade.

(...) Sinto dormência no braço direito (S9).

(...) eu não tava saindo muito por causa que perdi a sensibilidade nos pés e nas mãos, então tava dificultando eu andar (S2).

Através do conteúdo do Discurso desse grupo, depreendemos que outras alterações sobressaíram-se no discurso e fizeram mais sentido para as pacientes do que a alteração da sensibilidade.

Entre as alterações presentes, 100% das entrevistadas, em algum momento da sua fala, deixaram transparecer que a disfunção física é um fator limitante no desenvolvimento pessoal, social e profissional, interferindo, diretamente, no fator independência em diversas atividades, além da qualidade de vida. Assim, a partir desse pressuposto, a disfunção do ombro e a força muscular representaram um ponto de relevância nesta investigação:

(...) Mudanças maiores na minha casa, porque sou autônoma, antes eu fazia tudo e agora não posso pegar peso, fazer faxina, arrear nada, levantar o braço. No trabalho em casa fiquei muito prejudicada (S14).

(...) Não poder pegar peso, diminuiu meu trabalho. Vir todo dia na cidade. Minha filha, minha irmã, meus amigos me deram muita força (...) (S12).

(...) Eu tenho depressão, crise na coluna e no braço, tudo em um único momento (...) (S13).

(...) Sentindo bem, sentindo uma dor no braço. Dói muito, depois da cirurgia. Interferiu muito no meu trabalho, não posso pegar peso, andar muito, sinto muita dor e não posso fazer quase nada (...) (S23).

A disfunção física foi fortemente relacionada com o profissional e o trabalho no lar, sobressaindo-se até mesmo ao autocuidado. Esta pesquisa demonstrou que 88,3% das mulheres entrevistadas estão afastadas de seu trabalho e, destas, 73% estavam recebendo algum tipo de benefício da previdência social. A relação do cuidar do próximo (membros da família) foi observada em destaque nas mulheres com mais de um ano de pós-operatório.

Segundo Lahoz et al. (2010), a relação da mulher com o trabalho também é um fator preponderante na evolução de seu bem-estar, independência econômica, satisfação pessoal e social:

(...) Até um dia desses brinquei com o cirurgião, como ele iria fazer a cirurgia, eu tenho uma semana só... eu tenho que voltar a trabalhar... ele falou que não tem problema nenhum desde que eu imobilizasse o braço, não teria problema (S7).

Os pesquisadores Bregagnol e Dias (2010) verificaram, em seu estudo, uma significativa diminuição de amplitude de movimento na flexão e abdução do ombro homolateral à cirurgia, no pós-operatório imediato de mulheres submetidas à cirurgia de mama, permanecendo após 30 dias. Também observaram diferença na perimetria axilar devido ao edema.

Entende-se como amplitude de movimento (AM) o movimento de um segmento corporal no qual se movem todas as estruturas da região, sendo músculos, fáscias, vasos e nervos. A flexão consiste no movimento que ocorre na articulação glenoumeral no plano sagital, sendo acompanhado por movimentos nas articulações esternoclavicular, acromioclavicular e escapulotorácica; já a abdução ocorre no plano frontal, na articulação glenoumeral e é acompanhada por elevação clavicular, seguida por rotação lateral do úmero. Suas medidas são realizadas através de um goniômetro e registradas em graus, e, nesses dois movimentos, variam de 0 a 180° (KISNER, COLBY, 1998; MARQUES, 2003).

O movimento ativo do braço e ombro para elevação do braço requer mobilidade escapulotorácica glenoumeral, acromioclavicular e esternoclavicular, combinando movimentos em três dimensões de rotação, translação e retração, porém, quando o movimento escapulotorácico é desproporcional ao movimento

glenoumeral, existe o potencial para microtraumas e dor a longo prazo (SHAMLEY et al., 2009). Os autores encontraram, em seu estudo, redução de tamanho nos músculos peitoral maior e menor do lado cirúrgico de mulheres mastectomizadas, sugerindo alterações na biomecânica do complexo do ombro.

O conhecimento do tipo de cirurgia a que cada mulher foi submetida e, conseqüentemente, as estruturas extraídas e as implicações destas perdas são primordiais para que ocorra uma assistência global na reabilitação física da mulher mastectomizada (MAMEDE, 1991).

Em relação à análise das mensurações, os resultados foram apresentados da seguinte maneira: iniciamos com a análise do Grupo 1 no período pré-operatório e quatro meses após a cirurgia (Figuras 5 e 6). Em seguida, foi analisada a relação nas mensurações de flexão, abdução e força muscular do Grupo 1 com o Grupo 2 (Tabela 4); e, por fim, foi realizada a análise do Grupo 2, com a mensuração da ADM e FPM do ombro homolateral e contralateral à cirurgia (Tabelas 5 e Figura 7) .

No Grupo 1, a Figura 5 mostra os valores encontrados nas mensurações de amplitude de movimento de flexão e abdução, comparando a avaliação no pré-operatório e pós-operatório:

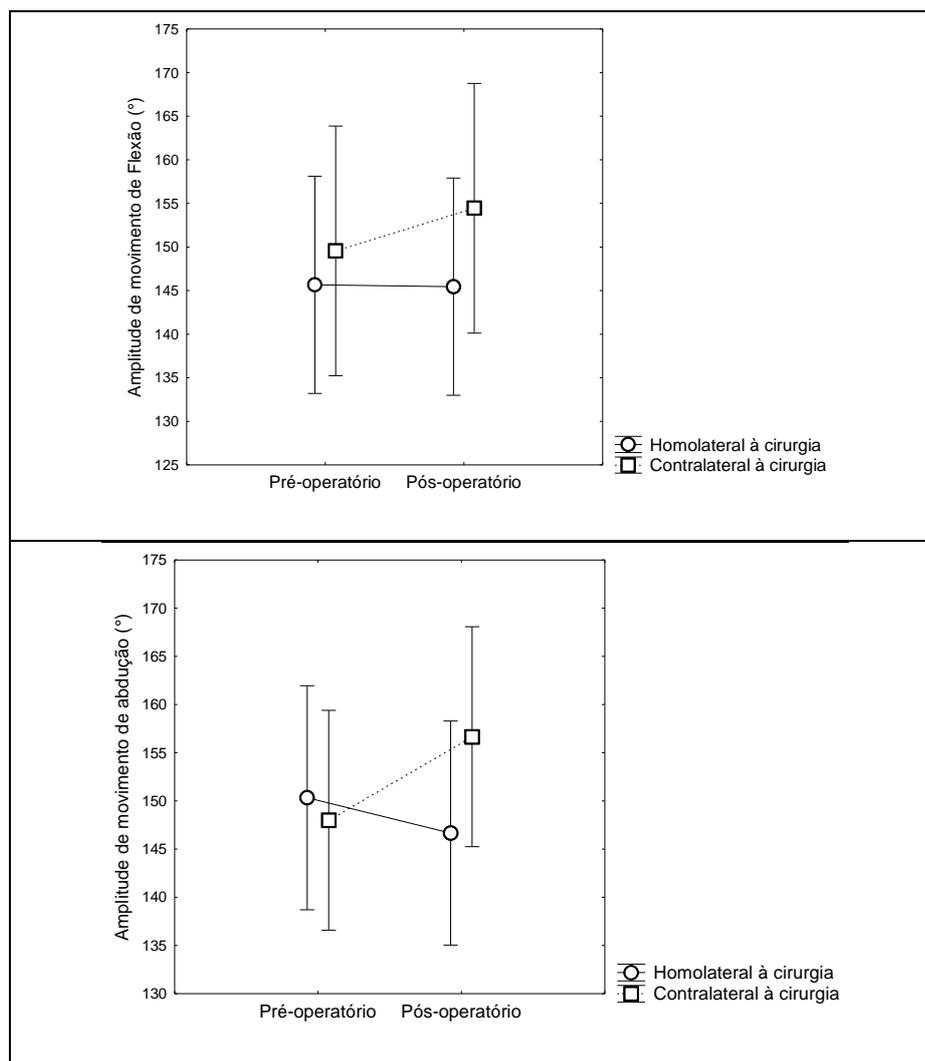


Figura 5: Comparação entre os momentos pré e pós-operatório do Grupo 1 quanto à goniometria de flexão e abdução do membro superior avaliado, homolateral (linha contínua) e contralateral (linha pontilhada) à cirurgia de mastectomia.

Fonte: a autora (2011).

Nos dados coletados nos dois períodos estudados, percebemos que a média de ADM de abdução e flexão do ombro dos membros homolateral e contralateral à cirurgia no pré-operatório foram bem coincidentes. No pós-operatório, ocorreu um aumento da amplitude do lado contralateral à cirurgia e um declínio do lado homolateral à cirurgia, mas com médias não significativas, $p < 0,05$. A diferença da média de amplitude de movimento de flexão e abdução entre o membro homolateral à cirurgia, quando comparado ao membro contralateral à cirurgia, também não foi significativa.

A força de preensão manual é descrita na literatura por muitos autores como uma boa estimativa da força corporal total (IKEMOTO et al., 2007). Nascimento et al.

(2010) realizaram um estudo de revisão de literatura e concluíram que o dinamômetro de preensão manual é considerado como o melhor teste para avaliar o estado funcional de indivíduos saudáveis e com alguma patologia, além de ser muito utilizado para avaliar o estado nutricional, a dominância lateral e a força total de indivíduos.

Ao analisar os valores da FPM do membro homolateral à cirurgia do Grupo 1 que foram avaliadas no pré e pós-operatório, observamos que houve uma diminuição no valor médio de força muscular no pré-operatório quando comparado ao valor dessa força no pós-operatório, mas essa diferença não foi significativa. O resultado demonstrou também aumento da FPM no membro contralateral à cirurgia no pós-operatório, bem como a comparação das médias de FPM entre os membros superiores, porém esse aumento não resultou em diferença significativa. A Figura 6 apresenta essa análise:

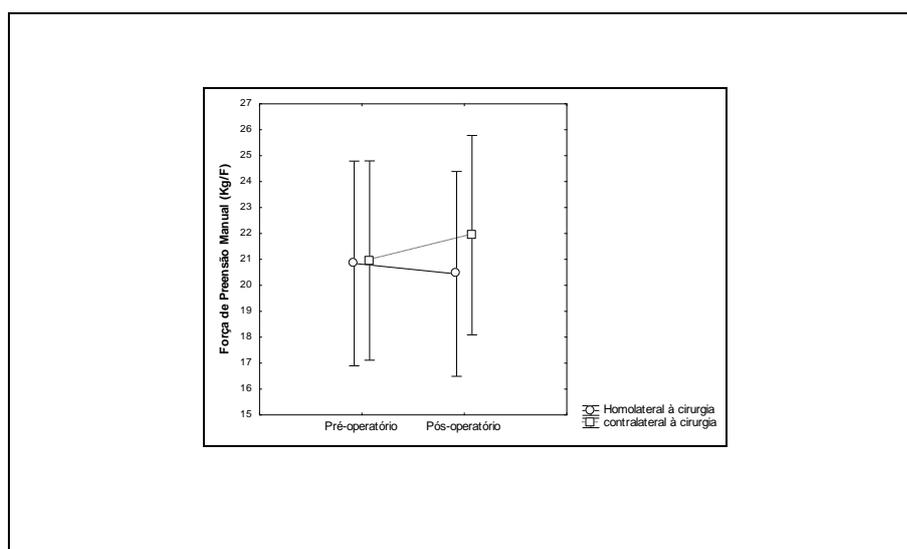


Figura 6: Comparação da força de preensão manual do Grupo 1 no pré e pós-operatório em relação aos membros superiores avaliados, homolateral (linha contínua) e contralateral (linha pontilhada) à cirurgia de mastectomia. Fonte: a autora (2011).

A perda da força predispõe uma limitação funcional, dificultando a realização de tarefas diárias simples, sendo este um fator agravante para pacientes com câncer, comprometendo, significativamente, a qualidade de vida dos mesmos (CARVALHO; FARINATTI, 2004).

Essas limitações costumam advir da dor e até mesmo do medo da deiscência cirúrgica; todavia, o principal fator limitante é a modificação da cavidade axilar, que

tem um importante desempenho na função articular. Quando é realizado o esvaziamento axilar, a serosidade local é retirada, o que pode levar ao desenvolvimento de aderências e dificuldades na movimentação dessa articulação (BREGAGNOL, DIAS, 2010; CAMARGO, MARX, 2000).

A hipomobilidade prolongada também é um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento de isquemia dos tecidos internos, retenção de metabólitos e edema, apressando, portanto, o desenvolvimento de fibrose e repercutindo na limitação do movimento de ombro (BREGAGNOL, DIAS, 2010; PRADO, 2004).

Ainda em relação à Figura 5, enfatizamos sobre o lado contralateral à cirurgia no pós-operatório que sofreu alteração de ganho de amplitude em relação à ADM de flexão e abdução de ombro e de força manual, quando comparado o momento pré-operatório com o pós-operatório. Esse resultado merece um aprofundamento em pesquisas futuras, uma vez que, por algum momento e principalmente subsequente à cirurgia, o membro contralateral ficou sendo o membro preferencial para as atividades.

Segundo Farina et al. (2003), em indivíduos sãos, o membro dominante é superior ao não dominante em tarefas que exijam resistência muscular e força de preensão. Uma possível explicação para isso é que o uso preferencial longo de um lado em relação ao outro leva a alterações na membrana da fibra muscular e nas propriedades de controle.

A Tabela 4 mostra a relação das medidas encontradas na amplitude de movimento (flexão e abdução) e da força de preensão manual do membro superior homolateral à cirurgia do Grupo 1 (medida do pós-operatório) com o Grupo 2:

Tabela 4: Comparação da angulação (abdução e flexão) e força de preensão manual do membro superior homolateral à cirurgia das mulheres do Grupo 1 com o Grupo 2 (média \pm desvio-padrão).

Grupo	ADM Abdução	ADM Flexão	FPM
1	146,66° \pm 16,20	145,44° \pm 17,81	20,44 \pm 5,09 (Kg/F)
2	123,41° \pm 41,23	136,41° \pm 39,14	17,62 \pm 6,34 (Kg/F)

Fonte: a autora (2011).

Verificamos, na Tabela 4, que as médias de angulação de ombro de flexão e abdução e as médias de força muscular foram maiores no Grupo 1, quando comparadas ao Grupo 2, podendo depreender desse achado que, no Grupo 1

(cirurgias realizadas em 2011), as mobilizações e movimentações foram instituídas mais precocemente, pois as pacientes já tinham sido conscientizadas sobre a importância da mobilização no pré-operatório, diferentemente das mulheres do Grupo 2 (cirurgias realizadas em 2009 e 2010). No Grupo 2, não ocorreu essa intervenção associada ao tipo de cirurgias realizadas pelo fato de terem sido mais debilitantes, acarretando maiores prejuízos funcionais e diminuição na força de preensão manual.

Ao avaliar a ADM do Grupo 2 (com mais de 1 ano de pós-operatório), analisamos as mensurações das medidas das mulheres operadas do lado direito, fazendo uma comparação com as que operaram o lado esquerdo (Tabela 5):

Tabela 5: Comparação da angulação (abdução e flexão) e força de preensão manual das mulheres do Grupo 2 que operaram do lado direito com as que operaram do lado esquerdo (média \pm desvio-padrão).

Lado cirúrgico	ADM Abdução		ADM Flexão		FMP (Kg/F)	
	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo	Direito	Esquerdo
Homolateral	134,50° \pm 39,40	107,57° \pm41,32*	147,450° \pm 29,19	120,57° \pm48,06*	19,02 \pm 6,45	15,61 \pm 6,07
Contralateral	158,50° \pm 20,68	146,00° \pm 26,05	159,40° \pm 21,19	162,14° \pm 11,49	20,88 \pm 5,46	20,50 \pm 9,39

Fonte: a autora (2011).

(*) Diferença estatisticamente significativa em relação ao membro homolateral à cirurgia.

Nesse resultado, encontramos uma diferença significativa na flexão e abdução do Grupo 2 com o lado esquerdo operado, comparado ao lado contralateral, não operado. Não encontramos diferença significativa em nenhuma das outras relações (lado direito operado com o contralateral, nem o lado direito operado com o esquerdo operado). Cumpre assinalar que, na análise da força de preensão manual, nenhum dos dois lados operados apresentou diferença significativa.

Nesvold et al. (2008) e Shamley et al. (2009) constataram redução na força e no movimento do membro superior, assim como dor em nível suficiente para interferir na qualidade de vida das pacientes sobreviventes ao câncer de mama.

Em específico, o estudo de Nesvold et al. (2008) considerou uma diminuição na amplitude igual ou superior a 25° no membro homolateral à cirurgia, quando comparado com o membro contralateral como fator de redução na função do ombro, interferindo, nesse contexto, na realização das atividades diárias.

Em relação à lateralidade, Shamley et al. (2009) analisaram a cinemática escapulotorácica tridimensional entre os lados afetados e não afetados de 131 mulheres operadas para tratamento de câncer. Observaram, nesse estudo, que a análise de dor e incapacidade revelou níveis mais elevados nas pacientes com o lado esquerdo afetado. Essa pesquisa corroborou com os dados encontrados no presente trabalho em relação à lateralidade, uma vez que apenas as mulheres com o lado esquerdo operado apresentaram resultados em suas medidas com diferenças significativas. Esse fator merece destaque, independente do número de análises realizadas.

Essa relação encontrada nas diferenças entre a lateralidade, segundo Haaland et al. (2004), pode sugerir uma possível ligação do hemisfério direito ser dominante no processo de experiência emocional e o hemisfério do lado esquerdo apresentar maior contribuição para a motricidade.

Estudos que relacionam a dominância do braço com a necessidade da recuperação funcional e sua relação com a superação da dor e da disfunção é de suma relevância.

Linkenauer et al. (2009) observaram que pessoas destros tendem a possuir maior área no hemisfério esquerdo do que no hemisfério direito e que, para pessoas canhotas, essas representações tendem a ser simétricas entre os hemisférios, sendo que a representação assimétrica evidencia, normalmente, maior área cortical e maior ativação neural associadas com o braço/mão direito(a) do que com o braço/mão esquerdo(a).

Os autores, na pesquisa realizada, por meio do eletroencefalograma, demonstraram que os destros apresentam maior ativação neural e uma maior área que representa a mão no córtex somatossensorial e, conseqüentemente, ao executarem uma tarefa natural, os destros usam a mão direita (90%), enquanto os canhotos usam a mão direita e esquerda com a mesma frequência. Afirmam, ainda, que esses resultados são sugestivos ao tamanho relativo das representações corporais no córtex, podendo influenciar não somente sensações tácteis e de consciência corporal, como também as percepções do corpo, tais como sua capacidade e suas ações.

Com essas relações de associação entre lateralidade e hemisfério cerebral, observamos que, no presente estudo, no grupo de mulheres com mais de um ano de pós-operatório – total de 17 participantes, 10 mulheres passaram pelo processo da

cirurgia de mama do lado direito e, dessas, apenas duas (20%) eram canhotas e oito (80%), destros. Esses dados vão ao encontro da análise dos autores supracitados, uma vez que não encontramos diferença significativa nas amplitudes de movimento de ombro e força de preensão manual nas mulheres operadas do lado direito, quando relacionadas a seu lado contralateral, sugerindo o fato de a relação com o lado direito apresentar um maior poder de recuperação. Segundo Linkenauger et al. (2009), pessoas destros possuem maiores áreas de representações corporais no córtex e, como consequência, maiores associações com a movimentação do membro superior.

No Grupo 2, das 7 mulheres que passaram pelo processo da cirurgia de mama do lado esquerdo, apenas uma era canhota. Nesse ponto, a maioria das mulheres desse grupo (86%) não tinham o lado da cirurgia como dominante e, por usarem a mão contralateral (direita) (90%), o poder de recuperação foi limitado e, desse modo, nos resultados, foi encontrada diferença significativa. Com os dados mencionados, podemos depreender que a recuperação funcional do membro homolateral à cirurgia apresenta melhor resultado quando a cirurgia de mama ocorre do lado dominante.

Em relação à recuperação do membro superior e dominância de lateralidade com outras doenças crônicas, associamos o estudo realizado por Voos e Ribeiro do Valle (2008) a um grupo de pacientes com acidente vascular encefálico. Esse estudo também depreendeu que a menor demanda de uso do membro superior não dominante nas atividades do cotidiano, em comparação ao membro superior dominante, seria um fator adicional a interferir com a recuperação. Isso reduziria a motivação do paciente para tentar utilizar o membro acometido, fazendo com que o mesmo permanecesse totalmente esquecido.

Ao comparar o comportamento das variáveis de ADM e FPM no Grupo 2 relacionado ao membro superior homolateral à mastectomia e ao membro contralateral, independente do lado mastectomizado, encontramos diferença significativa em relação aos valores da goniometria de flexão e abdução (Figura 7):

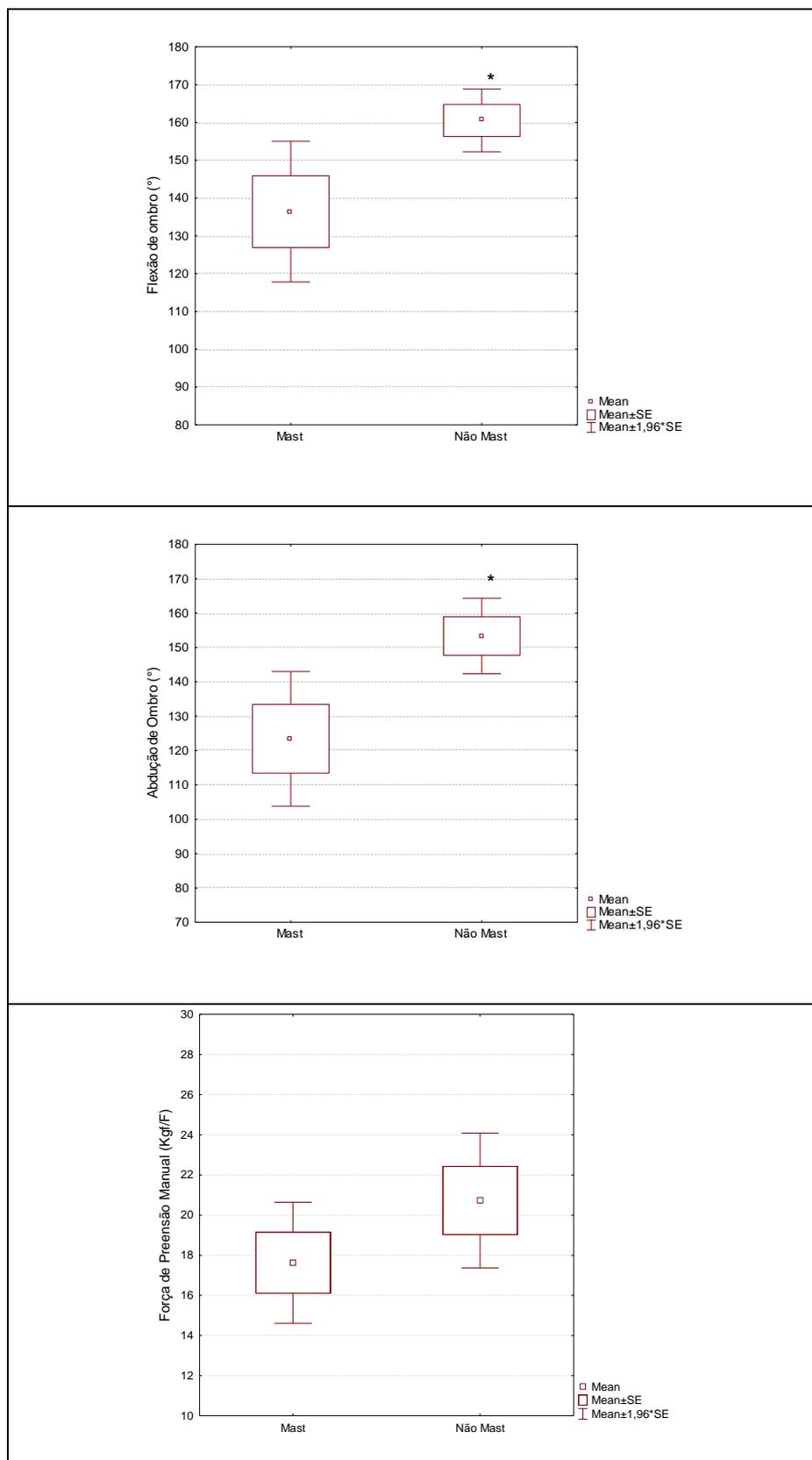


Figura 7: Comparação no Grupo 2 da amplitude de movimento de flexão e abdução e da força de preensão manual entre o lado homolateral à cirurgia (mast.) e lado contralateral à cirurgia (não mast.).

Fonte: a autora (2011).

Obs: (*) Diferença estatisticamente significativa.

Silva et al. (2004) relataram que metade das mulheres submetidas à linfadenectomia associada à mastectomia ou quadrantectomia por carcinoma de mama apresenta limitação de pelo menos um movimento do ombro após 18 meses de cirurgia. Os autores ainda apontam que qualquer limitação acima de 30° de flexão como na abdução do ombro já se encontra incompatível para a realização de tarefas diárias básicas, tais como pentear o cabelo e abotoar o sutiã.

Corroborando com o estudo anterior, as mulheres desta pesquisa com aproximadamente 18 meses de pós-operatório apresentaram limitação com resultados significativos quando foram comparados os movimentos de abdução e flexão do ombro homolateral com o lado contralateral.

Nas análises deste estudo, procuramos ir além da representatividade das mensurações e depreendemos também a singularidade das respostas corporais frente ao tratamento, importância demonstrada nesta investigação ao se lidar com indivíduos/subjetivos e sua significação. Esse cuidado é demonstrado por Prado (2001), a qual afirma que a relação dos problemas das diferenças individuais, da faixa etária, das personalidades, dos tratamentos realizados, do tempo de cirurgia, entre outros, estão intimamente relacionados entre si e com as diferenças individuais que essas variáveis têm em um caso particular. Esses dados devem ser relacionados para a compreensão e orientação de uma determinada mulher mastectomizada.

Haroche (1984, p. 178) alerta que “o fato de que os indivíduos existem e funcionam sempre na forma de sujeito, enquanto sujeito, não implica agentes de nenhum modo o caráter idêntico, invariável e homogêneo da noção de sujeito e das formas de expressão da subjetividade”, a forma-sujeito representa “a forma de existência histórica de todo indivíduo, não impede, com efeito, em nada, que a forma sujeito tenha podido tomar, no curso da história, formas diferentes” (Ibid., p. 178).

A importância que depreendemos no presente estudo faz, nesse contexto, o de um olhar diferenciado, único, individual, ao lidar com mulheres com câncer de mama na razão de “Sujeitos/Subjetivos”.

Nesse sentido, segundo Ferreira (2005), interpretar quais são as mudanças corporais ocorridas pós-câncer é compreender como o sujeito se mostra ou não por intermédio dos processos de subjetivação, que não são totalmente visíveis, e, como, por meio do discurso, fornece-nos pistas/indícios para essa visibilidade.

A doença não se resume a um estado orgânico diferenciado, não está isolada em órgãos ou tecidos; ela se entrelaça nas redes sociais, onde está inserida a *pessoa doente*, em que o universo social da mulher mastectomizada se reflete na construção de uma *nova pessoa*, com novas maneiras de ver, ser vista e sentir seu corpo. Como ser relacional, o doente não pode viver sua doença fora dos contextos sociais dos quais faz parte, e esses contextos vão se refletir na experiência do adoecer (AURELIANO, 2007).

A reflexão sobre a “construção de um outro Ser” será exposta no item, a seguir, que trata dos significados/subjetividades apresentados pelas mulheres interpeladas pelo câncer de mama e expressos em seus discursos verbais/não verbais.

5.2 SIGNIFICADOS/SUBJETIVIDADES DAS MULHERES INTERPELADAS PELO CÂNCER DE MAMA

As reflexões que serão expostas adiante são uma tentativa de mostrar que o câncer, especificamente o câncer de mama, possui uma ordem discursiva que se constitui historicamente, seja pelo discurso dominante da medicina e das pesquisas científicas, seja na relação do ser com “O Câncer”, do ser com câncer de mama consigo mesmo e sua relação com o outro.

No entanto, no processo de significação, esses sentidos não se constituem separados. Existe a relação da mulher com o câncer de mama, com o meio e o olhar com que essa mulher percebe sua cultura e a sociedade na qual vive.

Observar o processo de significação do adoecer em decorrência do câncer de mama na vida das mulheres participantes da pesquisa nos colocou diante de subjetividades femininas. A subjetividade é um efeito-sujeito produzido a partir da relação entre as diferentes posições-sujeito nas distintas fases do sujeito com câncer. Já o processo de significação e significado referiu-se à inscrição-identificação da mulher com “O Câncer”, do ser com câncer de mama consigo mesmo e a relação com o outro.

O câncer de mama é entendido como uma doença crônica, sendo esta caracterizada por uma condição que requer longo tempo de cuidado e duração. A

paciente necessita de um preparo mental para se adaptar à doença e ter precauções na vida que envolvem estratégias, para lidar com os sintomas e enfrentar a mudança no estilo de vida, nas relações familiares e sociais, além de contínua e concomitante ação de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação (FREITAS; MENDES, 2007).

As questões psicológicas e comportamentais são aspectos importantes envolvidos na preocupação da vida das pessoas acometidas pelo câncer em algum momento de suas vidas, uma vez que surgem contextos mais amplos de identidade em seu tratamento e após o diagnóstico de câncer, que podem ficar incorporados no indivíduo, como a incorporação de ser paciente e a rotulação por toda a vida de um ser sempre doente (PARK; ZLATEVA; BLANK, 2009): “(...) muda, muda tudo depois do tratamento, quando você descobre muda muita coisa (...)” (S16).

Sobre o novo papel a ser assumido pela mulher após o diagnóstico da doença para um novo “Ser Doente de Câncer”, Vieira e Queiroz (2006) atentam para os enfrentamentos que as mulheres terão em seu modo de vida e suas relações interpessoais.

Sabe-se que o discurso sobre o câncer de mama já traz sentidos sobre a noção da doença e, conseqüentemente, já ocorre uma separação do sujeito com ele mesmo. Há uma censura que se impõe nessa relação. Essa censura não nasce com ele, mas filia a seus sentidos. Essa filiação aos sentidos do câncer faz com que a pessoa tenha, em um primeiro momento, a associação com a morte, com a incapacidade, com a impossibilidade, com a debilidade. Isso ocorre porque o câncer já está significado na cultura brasileira, pois já existe um imaginário negativo do que é a doença, que vem por uma historicidade com seus significados.

Nesta perspectiva, observamos efeitos de sentidos pré-construídos, arraigado de significado, presente nos relatos das participantes deste estudo. As palavras que se apresentaram com maior frequência, por meio de repetições, estão elencadas no Quadro 5:

Quadro 5: Discursos pré-construídos.

DISCURSO VERBAL (ditos)
ESTIGMAS
PRECONCEITOS/PRÉ-CONCEITOS
MORTE/VIDA
TEMOR/DEUS

Fonte: a autora (2011).

Segundo Payer (2008), esse significado advém de uma “memória discursiva” social, em que conjuntos de enunciados mais ou menos homogêneos formam condensações discursivas, naturalizando, assim, um sentido “comum” à sociedade.

Sobre essa questão, Paul Henry (1992 apud FERREIRA, 2005) aponta para o efeito do *pré-construído*, na medida em que o que se fala e a maneira como se fala vão se articulando sobre o efeito do *pré-construído*, ou seja, vão cristalizando os sentidos que vão aparecendo, conservando os sentidos que sustentam o que se está dizendo. Ferreira (2005) salienta que, na verdade, todo o discurso retoma sentidos pré-existentes.

Nas análises realizadas, percebemos que os sentidos têm uma história, uma memória, e que, em um dado momento histórico, organizam-se em um espaço administrativo, mas não modificam o interdiscurso. Os sentidos continuam a fazer sentido, sejam eles visíveis, dizíveis ou não (FERREIRA, 2005).

Segundo Orlandi (1999), quando se pensa a questão dos processos de subjetivação, é preciso ter em mente que o sujeito pensa que sabe o que diz, mas não tem controle sobre o modo pelo qual os sentidos se constituem nele.

O adoecer de câncer de mama traz muitos estigmas, medos, sendo perceptível até na dificuldade em se pronunciar a palavra “câncer”, às vezes, tratada como “aquela doença”, mesmo pelos que não possuem a enfermidade, reforçando atitudes como: não aceitação, esconder-se (CARDOSO, 2009).

Mas, cumpre ressaltar que nem sempre a reação perante a descoberta da doença é sentida como negativa. Algumas expressões demonstram o lado positivo, ou seja, o benefício pessoal e social encoberto na doença; contudo, mesmo associado a algo positivo em suas vidas, ocorre um paradoxo com a dificuldade da pronúncia da palavra “câncer”. Buscamos, por meio das análises, compreender como os discursos produzem sentidos e “o que”, “como”, “para quem” significa.

Dessa forma, para compreender o sentido, pensamos a relação da paráfrase e verificamos os deslizamentos de sentido da palavra “câncer”, como se pode observar nos seguintes depoimentos das entrevistadas:

A doença voltar, morro de medo. Não aguentaria a doença novamente (...)
(S17).

Essa porcaria voltar, não de me tirar mais uma parte do corpo mas de me impedir de viver, curtir meus filhos. Fico muito assustada (S21).

(...) a partir do momento que você teve, você não deixa mais. (...) cabe a você direcionar para o bem ou para você direcionar para o outro lado, o lado ruim... depressão...(S32).

Tô bem, a cirurgia veio em um momento que as coisas melhoraram para mim, eu tava passando por um problema difícil, por isso ela não foi uma coisa ruim, foi o marco de um começo de uma época muito boa para mim...
(S20).

Nos discursos apresentados, identificamos, ainda, que a posição-sujeito-câncer ocorre de maneira diferenciada nas mulheres que vivenciam o momento da doença.

Segundo Orlandi (2007, p. 39-40), essas “posições” são projeções que geram imagens e que permitem ao sujeito passar da situação empírica para a posição discursiva e, nesse caso, as palavras vão significar de forma diferente, dependendo da posição discursiva ocupada, do lugar de onde se fala.

Do ponto de vista teórico da Análise do Discurso, é preciso verificar o lugar de onde o sujeito fala, porque o lugar da fala do sujeito é constitutivo do que ele diz. Nessa perspectiva, Orlandi (2000, p. 42) afirma:

É preciso verificar qual é o sujeito físico e os lugares (empíricos) que estes sujeitos se encontram, ou seja, como eles estão inscritos na sociedade e principalmente verificar qual a imagem que resulta da projeção deste sujeito.

Observamos, então, que há mudanças de posição-sujeito e que, a partir da constituição de um câncer, ocorrem alterações na imagem representativa do conceito de mulher/mãe, como verificamos no seguinte discurso:

(...) No começo foi difícil pra eles, mas agora eles acostumaram. Antes eles não me davam tanta atenção como agora, eu era a ovelha negra da família. Agora a atenção é toda voltada para mim (...)" (S17).

A autora ainda esclarece que não existe o sujeito antes de ele ser sujeito, ele aparece como se tivesse sempre estado lá... "nas suas palavras já falam palavras. Nas suas palavras já se constituem sentidos... as palavras falam palavras" (ORLANDI, 1998, p. 14).

O seguinte relato exemplifica as considerações da autora:

(...) o câncer é uma doença que a gente se sente muito só, como se fosse uma outra pessoa dentro de mim, e é uma doença muito cercada de preconceitos, eu sofro isso com a família, amigos e muitos até afastaram de mim (...)" (S13).

A reclusão, a interiorização, o medo, no momento da descoberta da doença, também se mostram presentes no sentido e significado da doença, fato observado no discurso da participante (S5):

Tô me sentindo até bem, confiando em Deus e em Nossa Senhora Aparecida. Tô tranquila entendeu... (...) Eu creio que não é maligno, que vai ser benigno, que minha operação será um sucesso e que não causará danos nenhum daqui a frente, tem que dá certo! (S5).

Recuperar...estou bem, sem dor, quero estar com minha família (S9).

Um pouco de medo de voltar, da recuperação. Meu medo é só esse (S22).

Conforme Orlandi (1990), a partir do momento em que significamos o nosso mundo, das coisas e das pessoas, estabelecemos, ao mesmo tempo, o nosso espaço na sociedade e os nossos valores sociais. Isto foi observado em quase todos

os discursos, portanto, ilustraremos com a seguinte resposta: “Eu coloquei na minha cabeça que o mais importante é estar ao lado da minha família” (S21).

Azevedo e Lopes (2010) demonstram, em seu estudo, os fortes impactos psicológicos e sociais para a saúde da mulher, advindos do adoecer de câncer, por ainda serem impregnados de estigmas e preconceito somados à constância da incerteza e à probabilidade de sua recorrência. O seguinte relato corrobora o estudo dos autores:

A doença voltar... morro de medo. Não aguentaria a doença novamente. No começo eu não queria aceitar, mas fui aceitando, até que chegou um ponto que eu tinha esquecido da doença. Eu tento nunca ficar sozinha, tenho medo de ficar em depressão, voltar tudo de novo, ficar careca (S16).

Orlandi (2007) expõe que só podemos dizer (formular) se nos colocamos na perspectiva do dizível (interdiscurso, memória); todo dizer se encontra na confluência dos eixos: o da memória (constituição) e o da atualidade (formulação). Nesse jogo, são elaborados os seus sentidos. O relato da participante (S5) exemplifica a afirmação da autora:

Nesta situação que me encontro, eu fico insegura, penso pelo lado bom e também pelo outro lado, do mal. Igual me encontro aqui, acho que no meu caso isso é normal, pensar pelo lado bom e pelo ruim. Temos o tempo da gente aqui, chegou o tempo, chegou! Gosto e amo muito as pessoas que falei. Tinha vontade que Deus me desse mais vida, mais 10 anos por aí. Eu amo essas pessoas, são a minha vida. Peço que Deus não me abandone, que me dê as mãos. Espero que ao final desse período que estou passando, após a cirurgia, que venha ser um final feliz, uma coisa mais prazerosa para mim e minha família.

Essa memória discursiva se mostra presente por meio da experiência de vida, dos sentidos já existentes em cada indivíduo, por muitos anos, podendo influenciar e contribuir para a aceitação ou não do tratamento. Depreendemos que a relação do conhecimento e divulgação de experiências bem sucedidas possui uma dimensão importante para a adesão ao tratamento e o sucesso dele, conforme observamos no relato das entrevistadas:

(...) Minha vizinha também já fez o tratamento e me deu apoio, está sendo uma pessoa maravilhosa em minha vida, tive uma vitória porque não vai precisar tirar (...) É só agradecer e pedir a Deus para continuar e acabar este tratamento, ser feliz igual minha amiga (...) (S3 – Pré-operatório).

Não me sinto em uma fase boa da minha vida não, eu acho que meu caso complicou muito e está um período muito difícil para mim. Eu tenho depressão, crise na coluna e no braço, tudo em um único momento. Para mim, tem sido muito difícil e, muitas vezes, penso até em desistir (S13).

(...) Às vezes, dá uma pontadinha de tristeza, mas é coisa que passa rápido, pois vemos coisas muito mais tristes. Eu, neste momento, me sinto feliz, pois olho para trás e vejo tristeza muito maior, me sinto curada e muito feliz (S14).

A memória de vivências, tanto negativas quanto positivas, podem transcender a fala e expressar-se corporalmente, por meio das lágrimas: “(...) Entre silêncio e palavras, correm as lágrimas (...)” (SILVA; CAVALCANTE, 2010).

Os autores afirmam que as lágrimas são de enorme interesse para a compreensão do corpo como efeito do imaginário e do imaginário como espelhamento do corpo e ainda vai além, como legítima linguagem da alma, em que rompem do íntimo para dizer o que a boca calou. Podemos observar essa representatividade e/ou significado explicitado nos seguintes relatos:

(...) Minha irmã que morreu... [CHORO]... A perda do meu marido, que tem 3 anos, aí perdi minha irmã em setembro e minha comadre dia 1º de maio agora, eram pessoas muito importantes na minha vida (...) ele morreu com esse problema de negócio de câncer (...) chorei muitos nesses dias para trás, estou chorando muito, pensando que é maligno (...) (S5 – pré-operatório).

Em termos de linguagem no/do corpo, as lágrimas possuem uma pluralidade de interpretações a respeito dos seus significados, podendo-se afirmar que, se elas falam algo, no mínimo, elas são polissêmicas. Chora-se e fala-se sempre para alguém, mesmo que este não esteja presente ou visível e mantenha-se em silêncio (SILVA; CAVALCANTE, 2010).

A insegurança, o medo, o temor da morte tão iminente apresentam-se como pontos importantes na relação do adoecer com câncer. A morte é visualizada na realidade dessas mulheres, sendo criada uma situação de desorganização dos espaços discursivos demonstrada nas seguintes falas:

(...) Eu creio que não é maligno, que vai ser benigno, que minha operação será um sucesso e que não causará danos nenhum daqui prá frente, tem que dá certo! Eu espero que sim... Deus é maior (S5).

(...) Procuo muito Deus, sou muito católica e trabalho na igreja. Coloquei na cabeça que eu não tenho mais nada e que vou viver muitos anos (S8).

(...) Tudo bem, Deus está ajudando, estou conformada e recuperando (...) Pedindo a Deus para dá coragem e paciência, vou continuar se Deus quiser (S19).

A morte e a vida vêm acompanhadas pelo discurso religioso, o qual se encontra relacionado à existência de um Ser supremo que trará a cura e crenças otimistas. Aquele que fala a voz de Deus ou de qualquer representante seu (padre, pregador, pastor) caracteriza como uma força maior, um imaginário para a salvação. Deus (locutor), do plano espiritual, domina, e o ouvinte, do plano temporal, é dominado (ORLANDI, 2006). Esse discurso religioso pode ser observado no seguinte depoimento: “Tô me sentindo até bem, confiando em Deus e em Nossa Senhora Aparecida. Tô tranquila entendeu... (...)” (S5 – pré-operatório).

Diante dessa nova condição de estar doente pelo câncer de mama, o ser coloca-se em constante conflito e reflexão sobre sua existência. O Ser divino, diante da impossibilidade de sua existência, proporciona uma ilusão de proteção, que, em alguns casos, de fato, acalma o corpo e proporciona fortalecimento, pelo plano do simbólico.

Uma reflexão a ser pautada é que a morte é uma das questões temidas e demonstradas, sobretudo, pelas depoentes do pré-operatório, diferentemente do contexto das questões temidas no pós-operatório tardio, as quais priorizam a retomada de papéis sociais anteriores ao processo operatório.

Pensar sobre a morte, geralmente, não faz parte do cotidiano das pessoas, mas percebe-se a morte do outro como um acontecimento comum do dia a dia, que pode ser aceito como algo natural do ciclo da vida – a morte é percebida, mas não é reconhecida, na maioria das vezes. Porém, o diagnóstico do câncer somado ao tratamento faz com que o indivíduo se depare com essa possibilidade angustiante e horrível, levando-o, muitas vezes, à fuga e ao encobrimento dessa condição (GONÇALVES, 2009).

Um outro ponto a ser destacado é que, na relação inicial com a doença após um diagnóstico de câncer, os sintomas de ansiedade e depressão aumentam, sendo

importante que esses fatores sejam acompanhados, pois o pior funcionamento psicossocial pode sugerir um importante fator causal para câncer. Além desse processo, o estudo de Constanzo, Ryff e Singer (2009) evidenciou que adultos mais jovens com câncer visualizam esse processo de forma muito mais estressante do que os mais velhos com câncer. Tal fato pode estar relacionado à menor vivência com tais desafios, maior exigência nas áreas de trabalho e paternidade.

Dentro do contexto do pré-construído em relação ao câncer de mama, observamos a importância de desmistificar a doença, mas isso só será possível com a desconstrução de preconceitos/pré-conceitos que relacionam o câncer como doença incurável, associado ao temor e à morte, a construção de uma existência de vida com qualidade após a passagem pela doença de câncer.

No próximo subitem, será apresentado o significado do corpo (discursos corporais), dito pelo discurso oriundo das entrevistadas.

5.3 DISCURSOS CORPORAIS

Segundo Ferreira (2001), o discurso corporal é estruturado diferentemente da linguagem verbal, pois o corpo mostra sentidos. Portanto, aqui, faremos a relação do discurso corporal dito pelo discurso verbal.

Nessa perspectiva, o significado do corpo no grupo das entrevistadas é ambivalente, pois os sentidos dados dependem das experiências pessoais vivenciadas e interpeladas por uma doença que afeta o biopsicossocial.

Quando falamos de discurso corporal, estamos destacando “partes do corpo” biológico, que possui um significado social além da sua própria funcionalidade. Para tanto, apontaremos algumas questões coincidentes pelos sujeitos desta pesquisa (Quadro 6), quais sejam:

Quadro 6: Discursos corporais/verbais.

DISCURSO VERBAL (ditos)
DOR
ALOPÉCIA
IMAGEM CORPORAL
EXTIRPAÇÃO/MUTILAÇÃO
IMPOTÊNCIA

Fonte: a autora (2011).

O corpo expresso pela mulher mostra um discurso social, que evidencia as marcas dos limites, das ambiguidades e das contradições presentes no desenvolvimento da doença e na feminilidade do ser Mulher.

A mama está relacionada à nutrição física que a mãe proporciona ao lactente pelos seios, processo pelo qual a mãe estabelece contato com o filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento (SILVA, 2008).

A extirpação da mama pode significar, para essas mulheres, a impossibilidade de permanecerem como acolhedoras e nutridoras (SILVA, 2008), ocasionando conflitos, sentimentos de rejeição e culpa pela perda da feminilidade (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008). Estes autores acrescentam que a forma como a mama é vista em uma determinada sociedade contribui para sua maior valorização, influenciando, diretamente, o processo de estruturação da imagem corporal das mulheres.

Segundo Paiva e Goellner (2008), as mulheres, sem a mama, não conseguem se enquadrar nos padrões estéticos valorizados pela sociedade contemporânea.

Esses sentimentos de rejeição, perda da feminilidade, valores estéticos e sociais são expressos, com clareza, nos discursos das seguintes depoentes:

(...) se tivesse que fazer “n” retalhos na minha mama me incomodaria menos do que o fato de perder (...) realizar a retirada completa (...) (S7).

A que mais marcou foi quando eu perdi meu peito e descobri que estava com câncer (...) Eu tinha medo de tirar a mama, mas não vou precisar estava com um pouquinho de medo, receio (...) porque é um pedaço da gente (...) (S15).

Eu já tive um certo conflito interno por causa do seio, já pensei na reconstrução mas não vai ocorrer por causa de outros problemas. Eu aceito (...) (S20).

Tirei um nódulo e voltei em maio de 2005 (...) até este ano deu uma microcalcificação, assim... microscópica, deu que retornou e por preocupação irá fazer a mastectomia total por precaução, porém realizarei no mesmo momento a reconstrução (S7).

Nesses discursos, ficou evidente o conflito social/corporal, pois percebemos ambivalências e contradições nas condutas, uma vez que as mulheres demonstram o entendimento e a necessidade da cirurgia; contudo, enfatizam a reconstrução logo após a extirpação, sem deixar visível a ausência do seio. Visualizamos a necessidade do visível (corpo) transpondo o invisível (câncer/doença), o fato de não visualizar o seu corpo mutilado ajuda a minimizar o processo do impacto social.

Segundo Ferreira (2003), o estigma, na sociedade brasileira, tem o sentido do discurso dominante, no qual o diferente tem de se subordinar ao esquema de uma lógica na culpa em si pela diferença, levando à reprodução dos argumentos em que se apoiam, constituindo formas de segregação e marginalização.

Quando as mulheres se veem desprovidas de uma parte do seu corpo e, nesse caso, especificamente a mama, o conflito interior aflora. Desse modo, percebemos que o corpo é apresentado de forma diferenciada como algo incomum à realidade. É algo que amedronta, gera medo, reclusão, e os discursos mostram que as mulheres vivem um processo de construção de um ser não identificado por elas; por isso, procuram soluções reais e imaginárias, para que se reaproximem o mais possível do ser anterior ao acontecido.

Muitas mulheres, apesar de relatarem incômodo em relação à falta da mama, não veem essa parte do corpo como o problema maior na imagem e na feminilidade, pois, muitas vezes, podem ser utilizados artifícios para não deixar essa visibilidade tão exposta. Uma das questões de incômodo maior presente nos discursos das mulheres, após a mastectomia, está relacionada com o linfedema.

O linfedema caracteriza-se como um inchaço crônico devido à deficiência da drenagem do sistema linfático, em que é observado um excessivo e persistente acúmulo de fluido proteico extravascular e extracelular nos espaços intersticiais, pela ineficiência do sistema linfático, acarretando aumento do volume do membro, em comparação com o membro contralateral (BARACHO, 2007; LEAL et al., 2009). Sua

prevalência é alta entre mulheres em pós-operatório de câncer de mama, variando em torno de 10 a 15% dos casos (JIMENÉZ; CORDERO; FERRE, 2010).

Nos discursos das entrevistadas, o linfedema é tratado com uma deformidade/negatividade do corpo somado à disfunção e limitação do membro homolateral à cirurgia: “Eu já tive um certo conflito interno por causa do seio e do inchaço do braço, já pensei na reconstrução, mas não vai ocorrer por causa de outros problemas. Eu aceito” (S21).

Observamos que esse discurso de conflito entre o aspecto aparente e a limitação corporal repercute, constantemente, em sentidos da incapacidade, e, muitas vezes, é dito a partir do processo de conformação, mas não de aceitação da situação.

Para os autores Langer et al. (2007), Norman et al. (2008) e Panobianco et al. (2009), até os dias de hoje, não há concordância sobre o que constitui, de fato, o linfedema, nem é definido o período no qual se observa sua maior incidência, podendo aparecer em qualquer momento após a cirurgia do câncer de mama. E nenhum tratamento é, realmente, efetivo para solucioná-lo

Importante ressaltar que a sensação de peso, dor e dificuldade no movimento do braço ocasiona uma diminuição importante da força muscular e amplitude de movimento, fatores detectados por meio dos testes físicos realizados, conforme descritos anteriormente, causando um decréscimo da atividade física, abandono das atividades de lazer, diminuição da capacidade laboral, dano estético e funcional, prejudicando as atividades sociais de mulheres que apresentam o linfedema, gerando, na maioria das vezes, frustrações (BARACHO, 2007; JIMENÉZ, CORDERO, FERRE, 2010; LANGER et al., 2007; PANOBIANCO et al., 2009; VELLOSO, 2009).

O diferente, o “anormal”, sempre atraiu olhares, subjugando as mais diferentes especulações. Esta questão de anormalidade se torna visível a partir da queda do cabelo, advinda dos efeitos colaterais do tratamento da quimioterapia, deixando, simbolicamente, a mulher marcada no social com o negativo. Essa peculiaridade foi pontualmente destacada por todas as mulheres entrevistadas, conforme os seguintes depoimentos:

O cabelo que caiu me sinto meio envergonhada de cair (...) (S4).

A preocupação maior foi o cabelo, mas não foi preciso fazer a quimioterapia. Qualquer coisa que eu sinto já acho que a doença é o cabelo (...) (S19).

(...) ele [o filho da depoente] também me deu problema quando meu cabelo começou a cair, ele não chegava perto de mim (...) (S2).

(...) o problema maior foi a careca, encontrei duas pessoas que riram de mim, mas aguentei (...) (S26).

A estigmatização advinda do corpo imperfeito está presente em todas as relações sociais (FERREIRA, 2005); por isso, podemos afirmar que o “problema” estético no corpo da mulher com câncer é um problema cultural/social.

Embora as diferenças corporais sejam, muitas vezes, aparentes, observamos que a subjetividade dessas mulheres é marcada por uma imagem/memória que as mesmas possuem do seu corpo anterior ao ocorrido. A subjetividade é estabelecida no conflito interior do normal/anormal, e isso é evidenciado nos discursos verbal/corporal:

Eu tenho vergonha do meu corpo e de trocar de roupa perto das pessoas. Ficou bem diferente, por causa cicatriz. Quero acabar de fazer a reconstrução, voltar a ser do jeito que eu era antes, quando vou trocar de roupa perto de outra pessoa e ela fica olhando e perguntando (...) Eu procuro me arrumar para ser como era antes, mas minhas roupas antigas não me servem mais, minha autoestima vai lá embaixo (...) Não sou mais a que eu era antes (...) (S17).

A mulher com câncer de mama na trajetória do tratamento é transformada não somente biologicamente, mas refeita pelo processo social-histórico. O corpo-agente que se tornou por meio da doença do câncer traz consigo agora as marcas de um “ser” com um outro corpo e peculiaridades que o singularizam e que, às vezes, é negado em busca do corpo anterior ao processo cirúrgico.

Corpos diferenciados da normalidade social proclamam uma urgência de experimentar vivências corporais e de sobreviver física e socialmente. É uma espécie de necessidade não apenas de encontrar um modelo de vida diferente, mas de buscar, a partir do contraste histórico entre uma identidade mais definida, uma nova forma de organização para o que já existia (FERREIRA, 2005).

Outra questão presente no discurso corporal é a questão da “Dor”. Segundo Miceli (2009) e Shamley (2007), a percepção da dor possui uma visão multidimensional, e a modulação da dimensão fisiológica da dor é influenciada pelas dimensões sensorial, emocional, comportamental e cognitiva.

Os pesquisadores Couceiro, Menezes e Valência (2009) e Shamley (2007) afirmam que a dor, em doentes oncológicos, pode ser secundária à evolução da própria patologia, aos procedimentos terapêuticos e ao diagnóstico (fatores emocionais e sociais), sendo que essa sintomatologia interfere, diretamente, na qualidade de vida e no desempenho das atividades do indivíduo com câncer.

Sentimentos e sensações de dor vão aflorando ao curso da história da doença e de seu possível prognóstico; esta aparece imbuída de significados representativos na individualidade de cada ser:

Eu sentia dor quando eu estava com o peito, mas agora que tirou eu não sinto mais nada, só se pegar muito peso (...). A que mais marcou foi quando eu perdi meu peito e descobri que estava com câncer (...) aí doeu (...) [CHORO] (...) (S15).

Sentindo bem, sentindo uma dor no braço. Dói muito, depois da cirurgia (...) (S23).

Tem dia que eu fico um pouco cansada, desanimada, com o corpo dolorido, a dor anda no meu corpo (...) (S8).

Dores de cabeça (...) e eu acho (...) que pode ser alguma coisa vindo da mama (...) (S10).

Na transformação da mulher para uma “Mulher com Câncer de mama”, são percebidas cicatrizes não somente físicas, mas também psicológicas, afetando sua personalidade.

Todas estas “marcas corporais” que afetam as mulheres constituem-se em cicatrizes visíveis/invisíveis, paupáveis/(in)palpáveis, fazendo parte desse “Ser” agora transformado pela doença, incorporado em seu subjetivo, vivendo não somente no plano físico, mas também no psicossocial, como podemos observar nas seguintes falas:

O centro cirúrgico me incomoda profundamente. Aquele momento da cirurgia me deixa ansiosa, me incomoda profundamente. O momento da anestesia é o pior, nem o antes nem o depois. A anestesia me deixou seqüela do processo da outra cirurgia que eu tive que ficar respirando na máscara (...) foi angustiante (S7).

Essa porcaria voltar, não de me tirar mais uma parte do corpo, mas de me impedir de viver (...) (S21).

Foi difícil colocar a roupa e ver aquele lado vazio (...) (S19).

As cicatrizes transpostas aos corpos nesse percurso poderão ser minimizadas com medidas sociais de educação e acesso a informações, além de esclarecimentos sobre a doença, conhecimento do corpo e acesso às redes de saúde, onde as mulheres poderão buscar atendimento.

Sabe-se que o prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença. Quanto mais precoce for diagnosticada e iniciado o tratamento, maior é o potencial de cura com menor debilidade (BRASIL, 2011). Esse conhecimento, muitas vezes, é negado pela falta de educação e estrutura social no Brasil. Cabe, nesse contexto, recordar a relação do Estado como provedor da saúde e do bem-estar para a população.

A participante (S15) demonstra essa falta de conhecimento sobre a doença:

Quando eu descobri, fiquei quieta e não contei. Um dia minha filha me viu trocando de roupa e viu o caroço, meu marido comentou que meu peito estava muito grande e eu disse que não era nada e não comentei nada, mas já estava com o negócio. O mais triste foi quando eu vim para cá e o doutor cortou sem anestesia, eu fiquei seis dias no hospital e depois fui pra casa. Quando a doutora me viu lá na maternidade com o peito deste tamanho, ela ficou assustada e me internou, tirou um pedacinho. A pior coisa é quando a pessoa fala que você tá com isso, tá com isso. Nossa! Mas só deu isso porque apertou sabe (...) eu não tive esse negócio.

O prognóstico e as debilidades pós-câncer, em casos de pouca informação da paciente e negligência por parte de muitos profissionais de saúde, ainda existentes, podem agravar o estado de saúde da mulher, tanto físico como emocional, refletindo em sequelas irreversíveis por toda a vida de um ser, uma vez que sabemos que o câncer é, além de uma doença silenciosa, uma doença de desenvolvimento rápido.

Por conseguinte, na trajetória rumo à cura, as mulheres necessitam de uma ajuda que vai além dos cuidados biológicos, ou seja, precisam de um suporte que aborde todos os aspectos que envolvem o câncer de mama.

Para Fabro, Montrone e Santos (2008), os grupos de apoio, de maneira geral, podem estar interligados no desenvolvimento de diversas atividades em busca da cura, uma vez que cuidar de mulheres que enfrentaram um câncer e a cirurgia é um desafio para os profissionais de saúde. Esse desafio vai além do conhecimento técnico-científico, enfatizando, principalmente, a oferta do suporte humano.

Begum, Richardson e Carmichael (2009) e Servan-Schreiber (2008) lembram que é imprescindível a existência da rede de apoio, dieta alimentar, controle das emoções, aceitação e serenidade, apoio familiar, aceitação de si mesmo com seus valores e sua história, bem como a adesão ao tratamento convencional e a prática regular dos exercícios físicos. Estes são mecanismos que ajudam a encorajar as tão almejadas células de defesa, o sistema imunológico, a fim de mobilizar todo o potencial de resistência ao câncer.

Para tal, é preciso, a todo momento, questionar os efeitos sociais presentes na discursividade histórica do câncer. Desse modo, perante essa desorganização, a fim de criar novos movimentos, tanto no sujeito com câncer quanto nos indivíduos que o cercam, é necessário criar nessa relação laços de identificação.

É preciso que o ser com câncer de mama se posicione como sujeito no momento vivenciado em razão da doença e que o outro estabeleça com ele uma relação de identificação tal que lhe permita ver como um ser humano e não como o diferente, aquele indivíduo sempre doente.

Socialmente, a mulher é vista como um ser determinado a cuidar dos outros, pois, geralmente, é a pessoa designada para cuidar dos filhos, porque é ela quem os gera. A mulher passa a ter uma determinação social de guardiã passiva do bem-estar familiar e, às vezes, esquece-se de si mesma (FABRO; MONTRONE; SANTOS, 2008), conforme se pode verificar nos seguintes relatos:

Tô preocupada por causa do filho que ficou em casa, meu esposo está passando mal também, tô meio tensa, tô preocupada... mais preocupada com eles (S1).

Mediante ao tratamento que me foi disponível, minha preocupação maior é com o filho menor que é adotado (...). Nesse período da quimioterapia eu já

conscientizei mais pois, eu quero saúde e vida porque assim...por causa do meu filho , por causa de mim... (S2).

(...) mas de me impedir de viver, curtir meus filhos. Fico muito assustada. (S21).

Essa determinação social é fortemente verificada no depoimento da participante (S2):

(...) eu me mantinha de pé até a hora que ele ia pra escola, entendeu? Deitava depois; e (...) eu não tava saindo muito por causa que perdi a sensibilidade nos pés e nas mãos, então, tava dificultando eu andar (...) ele falou assim (...) oh, mãe, eu tô tão feliz, tão feliz, sabe por quê? Porque você tá podendo sair comigo (...). Eu tento reagir por mim mesma. Um ano atrás também tive que cuidar do meu irmão que também estava com câncer, então eu abracei a causa. Por um lado, também foi uma reciclagem na minha vida totalmente diferente (...) pois comecei a cuidar mais de mim (...) antes eu cuidava só dos outros.

Observamos que a mãe sabe que sua função/imagem de proteção desmorona para o filho, sendo esse também o processo que ela está vivenciando, formando-se um duplo desmoronamento, dela e para ela. Esse processo pode servir como sentido e motivação para o enfrentamento e suporte para a re-adaptação de sua posição social face à magnitude da identidade do ser mulher.

O amparo e a proteção nesse momento da vida é essencial para a confiança e força na caminhada árdua que um indivíduo acometido pelo câncer tem de fazer durante a longa trajetória em busca da cura. Visando ao retorno do espaço, papéis e atividades, o suporte presente nos familiares, amigos, bem como nas pessoas próximas, ajudará a mulher a se sentir mais integrada, aceita, atuante, em uma atitude menos passiva e de menor dependência (CARDOSO, 2009), como se pode verificar nos seguintes depoimentos:

Meus irmãos e sobrinhos me dão muita coragem (S19).

Tenho muito apoio familiar, meu marido é maravilhoso (S8).

[...] meu marido, amigos, vizinhos e médicos me ajudaram, você se sente amparada (S16).

A mulher tem o direito de ser ouvida, opinar sobre suas convivências, dispor como proprietária exclusiva do seu corpo, partes e funções, e ainda de decidir sobre sua vida. Ressalta-se que, no sistema atual de assistência à saúde, tornam-se evidentes as muitas práticas que desconsideram o paciente como sujeito e pessoa em seu tratamento (BARRETO et al., 2008). O seguinte discurso da entrevistada exemplifica a afirmação dos autores:

(...) além do tratamento aqui, que é excelente, porque hoje em dia a gente que não pode pagar um plano de saúde... a gente sofre muito com o pessoal do SUS, mas (...) aqui é um carinho intenso, se comovem com nosso problema e nos dão um imenso suporte (...) (S14).

Essas questões afetam, diretamente, a relação corpo/trabalho, capacidade/(in)capacidade, produtividade/(in)produtividade. Devido à funcionalidade do membro superior apresentar-se comprometida, como já visto na primeira parte desta pesquisa, essa debilidade acarreta alterações funcionais, comprometendo os indivíduos em sua posição de independência, e estes vão se sentir mais vulneráveis, em uma posição mais “paciente” da vida (CARDOSO, 2009).

Os seguintes relatos das entrevistadas mostram a relação das mulheres com o trabalho e suas funções sociais; a impossibilidade de realizar tarefas de casa, somada ao comprometimento profissional, afeta diretamente a autoestima da mulher:

O INSS já me liberou e o meu emprego não quer me aceitar, pois eu ainda estou fazendo fisioterapia, estou achando que estão acontecendo coisas ruins também (...) em relação ao tratamento (...). No momento da doença, eu estava doente e não falei nada para ninguém (...) e eles (solução) me mandaram embora (...) (S10).

Posso ser sincera ? Esse dinheiro aí, é o que mais quero e voltar prá casa e cuidar do meu marido, eu já fiquei muito. Pegando esse dinheiro, eu ia ajudar minha irmã e voltar para casa, mas não vou abandonar aqui (S15).

(...) depois da cirurgia interferiu muito no meu trabalho, não posso pegar peso, andar muito, sinto muita dor e não posso fazer quase nada (S23).

(...) muita coisa que eu fazia eu não posso fazer por causa do braço, do carçoço não posso pegar peso, eu tinha atividade mais corrida e agora tem que ser mais devagar, isso que mudou (S1).

Os discursos salientam a previdência como amparo nesse momento, pois as mulheres buscam o suporte do Estado. Os depoimentos da paciente (S10) deixam pistas sobre a transformação da mulher após todo o percurso em razão da doença, que a transformou em outra mulher, com outra identidade. E, nesse processo de busca de uma autoidentidade, tem preferência por trabalhar “sozinha”: “(...) Para falar a verdade, eu queria trabalhar assim (...) trabalhar sozinha (...) não queria voltar para o meu trabalho não (...) (CHORO)” (S10).

Observamos que a passagem pela doença produz novas formas de significação, novas organizações do dizer, novos processos de identificação, outras modalidades de subjetivação. Necessita-se, então, do planejamento de estratégias de cuidado em saúde, com a proposta da incorporação precoce dos exercícios físicos como instrumentos de apoio terapêutico, institucionalizando-os como objetos de vida saudável, assunto que será focalizado na próxima parte deste estudo.

5.4 TRANSCENDÊNCIA CORPORAL/SOCIAL: A IMPORTÂNCIA DOS EXERCÍCIOS FÍSICOS COMO PROPOSTA DE ATUAÇÃO TERAPÊUTICA PARA AS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA³

As análises dos discursos corporais/verbais nos deram indícios de transformação/mudança de posição social/corporal/cultural das mulheres afetadas pelo câncer.

Essas transformações passam a constituir a identidade da pessoa com câncer de mama, fazendo-a se sentir impotente perante a doença e os mecanismos sociais. É nesse ponto que os exercícios físicos, para esse grupo específico, surge como ferramenta de reinserção social.

Segundo a World Health Organization (WHO, 2011), a prática de atividade física regular reduz o risco de mortes prematuras, doenças do coração, acidente vascular cerebral, câncer de mama, cólon e diabetes tipo II. Atua na prevenção ou redução da hipertensão arterial, previne o ganho de peso (diminuindo o risco de

³ Apresentamos, no Anexo F, uma cartilha de recomendações e incentivo à prática de exercícios físicos que elaboramos, com o propósito de estimular essa atividade. Trata-se de um material de distribuição gratuita de cunho social, fácil acesso e entendimento para que possamos atingir o público independente do seu nível de escolaridade.

obesidade), auxilia na prevenção ou redução da osteoporose, promove bem-estar, reduz o estresse, a ansiedade e a depressão. Especialmente em crianças e jovens, os exercícios físicos interagem de modo positivo com as estratégias para adoção de uma dieta saudável, desestimula o uso do tabaco, do álcool, das drogas, reduz a violência e promove a integração social.

O Programa de Educação e Saúde do Ministério da Saúde, por meio do exercício físico e do esporte, demonstra que a prática do exercício físico é um hábito de difícil incorporação, e a consciência da relação atividade física e saúde leva à necessidade de prática regular, sobretudo entre indivíduos com doenças crônico-degenerativas (MORETTI et al., 2009).

O conhecimento e a percepção dos benefícios e barreiras à prática da atividade física podem ser um importante indicador para o desenvolvimento de programas de reabilitação (MORETTI et al., 2009).

No relato da paciente (S32), nota-se o conhecimento reproduzindo a fala do grupo de apoio (médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas), a qual é simbólica e faz sentido para sua permanência nos exercícios físicos:

(...) hoje eu vejo que nem todo mundo tem a coragem, tem medo, hoje eu vejo que algumas pessoas estão mais abertas (...) a divulgação é principal. (...) eu vejo pelo meu braço (...) oh, oh (...) agora eu consigo [eleva o braço] mas o importante é o envolvimento e a persistência (...) eu tenho vontade também de fazer a hidro na Universidade (...) tem que ter uma frequência para ter resultado (...) a gente vira uma família, muitas amigas (...) é maravilhoso (...) (S32).

Destacamos certa distinção entre atividade física e exercício físico. Atividade física pode ser entendida de forma genérica, isto é, associada aos mais variados movimentos corporais e que resulta em gasto de energia maior do que os níveis de repouso. Exercício físico, por sua vez, pode ser entendido como uma *atividade física planejada*, ou, em outras palavras, uma *atividade física sistematizada*, que tem como objetivo a promoção e/ou a manutenção da saúde: "A prática da ginástica, por exemplo, pode ser entendida, portanto, em certo sentido como exercício físico, mas também como atividade física" (RODRIGUES; COELHO FILHO, 2012, p. 93).

Em um organismo já acometido pelo câncer, a prática de exercício físico proporciona uma melhora efetiva nas alterações físicas, melhora a força muscular, a

saúde e os fluxos corporais, influencia no humor, na imagem corporal e na autoestima (BARRETA et al., 2007; OGUNLEYE, HOLMES, 2009).

Entre os benefícios diretos, os exercícios físicos repercutem no corpo do indivíduo, aumentando sua capacidade funcional, realizando adaptações cardiorrespiratórias e musculares, por meio das respostas agudas e adaptações advindas da exigência do maior gasto energético e esforço sobre múltiplos órgãos e o sistema enzimático. Dessa maneira, a ideia de repouso para pacientes pós-câncer acarreta declínio da capacidade funcional, devendo ser evitada o mais possível (DIETRICH et al., 2006).

Visando aos benefícios físicos e psicológicos, além de aumento da imunidade e prevenção de debilidades secundárias, o projeto de extensão intitulado “Ginástica para mulheres com câncer”, desenvolvido na Universidade Federal de Juiz de Fora, desde 2008, possui dez mulheres no período pós-operatório de câncer de mama, que já possuem a liberação e recomendação para a prática de exercícios físicos. O objetivo de destaque da motivação para a prática dos exercícios físicos, relatado por todas as participantes do projeto, foi a perspectiva de melhora na mobilidade do membro superior que apresenta alguma debilidade pós-cirurgia e diminuição da dor:

Eu fui pensando, inicialmente, em melhorar cada vez mais minha situação, em relação a minha cirurgia, entendeu (...) movimentos do braço principalmente e isso tem me ajudado muito (...) (S28).

Fui porque eu não consegui pegar uma guia para eu continuar a fazer a fisioterapia e até hoje não consegui (...) e eu sentia muitas dores (...) (S31).

Fui buscando uma melhora para o meu corpo, para minha vida (...) eu não levantava o braço, tinha muita dificuldade de fazer as coisas em casa (...) (S32).

Nesses discursos, em um primeiro momento, percebe-se o exercício físico como mecanismo de mobilidade, melhora das debilidades pós-cirurgia; depois, torna-se visível o vazio social a partir da impotência perante as restrições estabelecidas pelo governo, finalizando como identidade e subjetivação. Torna-se evidente que a procura do exercício físico não fica limitada apenas ao plano corporal, visando à melhora da mobilidade, mas apresenta elementos para uma

reflexão sobre a representação que as mulheres fazem de si mesmas (identificação/subjetivação), sobre o seu espaço social e sobre o seu corpo.

A identificação com o exercício físico não se dá ao mesmo tempo por todos os sujeitos de um determinado grupo, porquanto depende de vários processos na vida individual do ser, suas memórias, suas vivências, suas inter-relações e, nesse processo específico para as mulheres com câncer, outras barreiras surgirão em busca de alternativas para a melhora na funcionalidade e qualidade de vida. Uma delas, segundo Mustian et al. (2009), é a fadiga relacionada ao câncer (CRF), em que ocorre uma diminuição da capacidade funcional do indivíduo, interferindo nas atividades da vida diária normal, profissional e social, podendo, até mesmo, levar a outros problemas debilitantes, tais como alterações no sono, distúrbios do humor, fraqueza muscular, *déficit* cognitivo e, ainda, atrasar ou impedir alguma das fases do tratamento para o câncer e prejudicar a qualidade de vida. Seus efeitos não são atenuados por períodos de descanso, como a fadiga resultante de esforço físico.

Entre os vários fatores que contribuem para a fadiga relacionada ao câncer e sua repercussão na capacidade funcional do organismo, redução da capacidade aeróbia, força muscular, qualidade de vida, pode ser citada a falta de condicionamento físico, que se refere à deterioração fisiológica generalizada resultante de uma simples redução na atividade física ou exercício físico. Esse descondicionamento ocorre muito rápido, sendo, muitas vezes, reconhecido clinicamente pela primeira vez por meio de sintomas de falta de ar, fraqueza e fadiga (MUSTIAN et al., 2009).

Observamos, nesse processo, um ciclo vicioso em que o descondicionamento físico é relacionado como um dos fatores que contribuem para a fadiga e a CRF com seus fatores limitantes como fraqueza muscular e cansaço, interferindo na busca de atividades coadjuvantes ao seu tratamento. O entendimento do processo, a aceitação, a autoestima, o envolvimento consigo mesma, são, portanto, fatores fundamentais na busca do bem-estar e da saúde, como relatado por uma das entrevistadas:

(...) Agora eu tô naquela fase do remédio, de dor no corpo e cansaço e você acha que eu vou parar com minhas atividades? Nem pensar (...) mas eu sei que vai passar (...) hoje eu vejo que nem todo mundo tem a coragem, tem medo, hoje eu vejo que algumas pessoas estão mais abertas (S32).

A relação da mulher de modo a se fazer sujeito perante sua história, vem de duas maneiras diferentes: a) uma por meio da relação que se dá com a doença e com o social; b) a outra, por intermédio da relação consigo mesma, incluindo o corpo, e esse processo repercute na maneira como se reage às etapas da vida:

Eu sempre resolvi sozinha minhas coisas... hoje eu já consigo melhor (...) trabalhei mais um pouco essa área. Eu corro atrás, eu faço! Eu gosto que as pessoas me ocupem, mas eu não gosto de ocupar ninguém (...) passou e eu não vi, não tive revolta, não tenho revolta (...) (S32).

Durante o tratamento, o exercício físico pode colaborar para a ativação de mecanismos biológicos, aumentando enzimas atuantes nos radicais livres e nas células de proteção, as quais podem dificultar a formação de tumor, ou seja, não só para prevenir o desenvolvimento de câncer, mas, conseqüentemente, fará com que o organismo se torne menos vulnerável a outras doenças oportunistas (PEDROSO; ARAÚJO; STEVANATO, 2005).

Os autores Ogunleye e Holmes (2009), Baretta et al. (2007), Diettrich et al. (2006), Ferreira et al. (2008), Morris et al. (2009), Seixas, Kessler e Frison (2010) concluíram, em seus estudos, que há um grande impacto positivo relacionado à prática de exercícios e seu fator coadjuvante e protetor no tratamento do câncer. Demonstram a importância de que sejam encontradas alternativas capazes de controlar os sintomas relacionados à doença e ao tratamento, destacando-se entre os quais os programas regulares de exercícios físicos, que, possivelmente, são uma excelente estratégia para promover melhor qualidade de vida aos pacientes, resultando em uma melhoria de suas capacidades cardioventilatória e funcional.

Mustian et al. (2009) mostram, por meio de um ensaio clínico, a interferência de atividades aeróbicas e de resistência em grupo de indivíduos durante o tratamento da quimioterapia. Concluíram que os exercícios são seguros, viáveis e eficazes para ganho na capacidade aeróbica, força muscular, massa muscular, diminuição da fadiga e melhora da qualidade de vida.

Spinola, Manzzo e Rocha (2007) realizaram uma revisão bibliográfica e enfatizaram que pesquisas sobre a temática da prática do exercício físico, nesse tipo de paciente, são extremamente escassas no Brasil, mas que, entre as levantadas,

grande parte revela que a prática do exercício físico moderado é positiva para esse público; contudo, ressaltam que há falta de esclarecimentos sobre o controle das variáveis (intensidade, duração, frequência e tipo de exercício).

Observamos essa carência no texto do Consenso realizado pelo Ministério da Saúde, em 2004. Esse documento, do qual participaram o Instituto Nacional de Câncer e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores que atuam na área de controle de câncer, representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher, apresenta as recomendações emanadas dessa oficina para prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama, apontando possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no SUS.

Vale destacar, como uma das estratégias estabelecidas nesse Consenso, a recomendação à prática dos exercícios físicos e domiciliares, com o propósito de prevenir e minimizar as complicações pós-operatórias de cirurgias de mama, sejam elas linfáticas, posturais, funcionais e/ou respiratórias.

A recomendação da atividade física deve ser realizada com critérios para não ocasionar efeito contrário ao desejado nem causar risco à saúde dos indivíduos com câncer. Podem surgir efeitos potenciais de imunossupressão em exercício vigoroso; aumento na probabilidade de fraturas patológicas no osso, surgindo de integridades comprometidas dos ossos; dor severa, náusea e fadiga, que podem ser intensificadas pelo exercício físico e incapacidade dos pacientes em tolerá-lo, em razão de seu enfraquecimento físico e emocional (BATTAGLINI; BATTAGLINI; BOTARRO et al. 2003).

Evidencia-se, ao mesmo tempo, que tanto o treinamento aeróbico quanto o de força têm demonstrado, nos estudos, ser bons mecanismos no combate e prevenção do câncer. Segundo Pedrosa, Araújo e Stevanto (2005), o treinamento aeróbico está relacionado com o aumento da capacidade cardiorrespiratória e eficácia do sistema imunológico, no que diz respeito a linfócitos e células "*natural-Killer*". Lahoz et al. (2010) afirmam, em seus estudos sobre o treinamento de força, quando prescrito apropriadamente, ser este um método eficaz para o desenvolvimento da saúde, prevenção e reabilitação de problemas musculares, além de estar relacionado com a prevenção de sarcopenias e aumento da capacidade funcional de indivíduos com câncer.

Embora os estudos constatem o benefício dos exercícios físicos para os pacientes com câncer no período do diagnóstico, da reabilitação e promoção da saúde, preservação da capacidade física e atividades da vida diária, além de se constituírem em elemento motivador para manter o corpo em movimento, ainda não há uma hipótese unificadora quanto à intensidade do exercício.

Vale ressaltar que esperávamos evidências de contribuição com os fatores de intensidade e frequência dos exercícios para a literatura, porém, como vários estudos já efetivados, encontramos dificuldade na realização do desenvolvimento do estudo sobre a influência dos movimentos corporais na atividade física, uma vez que o tempo de estudo encontrou-se limitado, somado à adesão dos sujeitos com câncer de mama e ao fato de o tamanho amostral não permitir que houvesse uma análise criteriosa das variáveis para o estudo. Outro ponto que também limitou esse tipo de estudo foi o fato de cada indivíduo possuir limitações e debilidades diferentes pré-câncer. Pretendemos, por meio de futuros estudos, contribuir com resultados nessa lacuna da ciência.

Um outro ponto ainda não uniforme entre os estudiosos diz respeito ao momento para o início da terapia com os exercícios. Para os pesquisadores Boff e Wisintainer (2006) e Harris et al. (2002), o programa de reabilitação deve ser iniciado nas primeiras 24 horas do pós-operatório, levando em consideração o estado geral da mulher, a liberação por parte da equipe médica e a presença do dreno cirúrgico. Nesse momento, é de vital importância as intervenções cinesioterápicas para a prevenção de complicações tardias como o linfedema e a periartrite articular do ombro, citadas anteriormente.

Estudiosos como Barreto et al. (2008) entendem que a intervenção deva iniciar por volta do terceiro dia pós-cirúrgico, visando à mobilização de estrutura da articulação escápulo-umeral. Enfatizam também que, nesse período, a mulher deve ser encorajada a realizar medidas de higiene e autocuidado como: pentear os cabelos, escovar os dentes, banhar-se, exercitando o braço afetado, além de executar exercícios respiratórios de inspiração e expiração, alternando-os com relaxamento, para diminuir sensações de dor e acúmulo de secreções no tecido subcutâneo. A drenagem linfática, como mecanismo para estimular a circulação linfática superficial e prevenir o linfedema, deve ser orientada à paciente logo após a cirurgia (SOUZA; PANOBIANCO, 2007).

Outro estudo que comparou grupos que iniciaram a fisioterapia no primeiro dia de pós-operatório com grupos que iniciaram uma semana depois da cirurgia, não encontrou diferença significativa na produção de seroma e na mobilidade articular do ombro (SCHULTZ; BARHOLM; GRÖNDAL, 1997).

Independente do momento em que os exercícios forem iniciados, todos os trabalhos mencionados enfatizam que um programa de exercícios de leve a moderado traz inúmeros benefícios às mulheres submetidas à cirurgia para a retirada do câncer de mama.

O documento de diretrizes e ações estratégicas para a promoção de saúde apresentado pelo Instituto Nacional do Câncer destaca, em particular, a importância de ações intersetoriais que promovam acesso à informação e ampliem oportunidades para controle do peso corporal e a prática regular de atividade física, com o intuito de atuarem sobre os determinantes sociais e físicos do processo saúde-doença e promoverem qualidade de vida ao indivíduo (BRASIL, 2011).

Os determinantes sociais e físicos do processo saúde-doença, segundo dados da Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006), englobam os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população. O acesso às informações e a ampliação das oportunidades enfatizadas pelo INCA são ferramentas primordiais que poderão agir sobre o real da doença do câncer de mama e na qual poderá ser ressignificada e mobilizada no meio social e cultural.

A American Cancer Society (ACS, 2011) fomenta a informação e educação das pessoas, orientando sobre o que é primordial no processo de reabilitação. Em seu *site*, os pesquisadores divulgam resultados de estudos que demonstram os benefícios advindos da prática do exercício físico, de intensidade leve a moderada, tanto aeróbio quanto de força, flexibilidade e relaxamento, no tratamento e reabilitação de pacientes com câncer.

Em 2007, a WHO elaborou um guia com objetivo de aumentar os níveis de atividade física e educação da população, visando ajudar os Estados-Membros da OMS e outras partes interessadas no desenvolvimento e implementação de um plano nacional de atividade física.

Nessa mesma linha de informação, pesquisadores estão apontando para a necessidade de um manual educativo, com o intuito de enfatizar a importância do

autocuidado, da participação no tratamento e do equilíbrio necessário nas atividades do cotidiano, a fim de que as pacientes tenham maior controle sobre os fatores que interferem em sua reabilitação (OLIVEIRA, FERNANDES, SAWADA, 2008; PANOBIANCO et al., 2009).

Imbuídos do desejo de continuarem vivos, ativos, agentes da sua história, os participantes do grupo se identificam e se reúnem, encontrando razões que vão muito além de alguma deficiência, pois existe uma busca pela continuação e (re) conquista da vida. Isso ocorre porque, segundo Orlandi (2001), os sentidos não se dão somente na maneira como eles se constituem, mas também como se *formulam* e como *circulam*. Nesse espaço, o social permite o outro sentido que se constitui, a subjetividade está sempre sendo construída no entremeio dessas relações (FERREIRA, 2005).

Neste sentido, para Koury (2008), o grupo é um conjunto de membros que se dizem um somente, possuem o mesmo interesse e as mesmas vontades, advogam um sentido de similitude, sentem-se confiantes e depositários de confiança. E, por meio dessa confiança, o outro passa a ser visto como uma extensão ou prolongamento do eu. Nesses encontros, os laços afetivos são intensos, passando a existir uma crença nos valores do grupo, tornando-os parceiros da vida; eles sentem-se como se encontrassem sua face no social (Ibid.).

Os seguintes depoimentos das mulheres que participam do Projeto de Extensão na Universidade Federal de Juiz de Fora expressam a importância da organização do grupo que sobressai ao plano físico:

Eu saio de lá, a gente desce até a pé porque a gente se sente outra, se sente mais leve. Me identifico com as pessoas e é muito bom... bom demais (...). Bom prá mim (...) há... é um fato que já passou, eu não considero mais que eu tenho essa doença mais... vocês são muito importantes na nossa vida (...) (S27).

(...) muita amizade (...) (S29).

(...) é um achado (...) eu sempre falo que foi um achado... (...) a gente vira uma família, muitas amizades... é, maravilhoso... só peço para o projeto não acabar (...) nunca (...) (S32).

Ai (...) é difícil te falar (...) a descoberta é um susto, o tratamento é um sofrimento e depois que passa a gente vê que valeu a pena o sacrifício (...) quando eu tava tratando, eu tive uma dúvida no outro peito, aí eu pensei, se tiver que passar por isso tudo de novo eu não vou passar (...) hoje (...) eu já penso diferente, sou obrigada a passar e vencer (...) (S30).

(...) antes câncer era morte (...) hoje não, câncer é vida (...) tem jeito (S31).

Observa-se, como fato recorrente nos depoimentos apresentados pelas mulheres entrevistadas neste estudo, que, a partir do momento em que elas se identificam na relação com seu corpo, com os exercícios, com as mudanças corporais, e, enquanto grupo, encontram espaço, fortalecendo, ressignificando, e, dessa forma, mobilizam o meio social em que se encontram inseridas.

A narrativa da depoente (S27) faz referência à revelação e modificação de sua vida como elemento significativo de mudança e percepção da vida. Os enunciados supracitados expressam o amor, o acolhimento, o sentir-se protegida e a valorização de sua pessoa. Para cada mulher, o grupo representa um sistema moral e simbólico.

O projeto, como proposta à prática de saúde e bem-estar, traz consigo também as marcas que o singularizam e que, constantemente, são mutáveis dentro de um território físico e social, onde as mulheres são agentes singulares nesse processo. Traduz-se como elemento relevante na construção que essas pessoas fazem das representações sobre si mesmas (identificação/subjetivação), sobre o seu espaço social e o seu corpo.

É... e assim vai delineando a história desse grupo de mulheres com câncer, um caminho que muitas outras percorrerão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o número crescente de mulheres acometidas por câncer, independente da classe social, da cor e da historicidade, percebemos a constituição de novas subjetividades para esse grupo específico de mulheres. Tem-se aí presente formas e lugares outros, que estão possibilitando novas formas de se ressignificar.

A invisibilidade/visibilidade do corpo atravessado pelo câncer de mama tem proclamado por romper com as muralhas sociais que acorrentam e sufocam os “eus” das mulheres. As novas possibilidades de identificação e subjetivação estão se constituindo na/da relação com que cada sujeito se produz e se constitui por meio da relação pessoal e social com a doença, uma vez que o invisível do câncer tornou-se visível para essa mulher agora afetada pelo câncer de mama.

É importante ressaltar que esse corpo interpelado pelo câncer provoca, concretamente, limitações e desconfortos como depreendemos dos resultados obtidos neste trabalho, em que as mulheres, após a linfadenectomia axilar como forma de tratamento associada à cirurgia, apresentaram algum tipo de alteração em relação à ADM e FPM diferente nos períodos analisados; contudo, cada vez mais, essas mulheres estão se re-organizando e reassumindo seus papéis sociais e/ou buscando novos espaços, pois as novas subjetividades que vão surgindo impulsiona-as para a busca de novos estilos de vida.

Essas mulheres, ao subverterem as normas, demonstram novos processos de identificação e, ao mesmo tempo, contribuem com todas as mulheres, de uma forma geral, pois suas novas possibilidades de vivência e convivência provocam reflexão sobre o papel social da mulher.

Depreendemos das análises realizadas neste estudo que as ações as quais promovem o compartilhamento de experiências, o conhecimento sobre a doença, sobre as possíveis debilidades e como trabalhar seu corpo e suas limitações, identificam o grupo físico-socialmente em busca de novas interpretações e ampliações das visões de mundo.

Destacamos que, para a condução das atividades para essa população, é necessário haver uma equipe de profissionais envolvidos com o contexto atual da sociedade. Ou seja, a assistência global na reabilitação corporal da mulher

mastectomizada exige conhecimento das peculiaridades do tratamento, das estruturas extraídas, das implicações dessas perdas e as novas possibilidades de reorganização corpóreo-social.

Diante desse contexto, é plausível o trabalho da Fisioterapia associado à Educação Física, áreas que trabalham com/para o corpo. A complementaridade dessas áreas possibilita novas experimentações corporais, em busca da reabilitação, da saúde e do bem-estar físico e social desse grupo específico.

No horizonte deste estudo, depreendemos que cada mulher, por mais similar que tenha sido todo o processo do câncer de mama, possui uma vivência singular, de acordo com sua história e em função do próprio contexto de vida social e biológico que apresentam.

Na condição de pesquisadores de mulheres com câncer da mama, ficamos gratificados por ter conseguido orientar, ajudar, caminhar junto e construir caminhos muito mais amenos nas etapas da vida de muitas mulheres no contexto da detecção, do tratamento e da reabilitação perante o câncer de mama.

REFERÊNCIAS

AMERICAN CANCER SOCIETY. **American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for Cancer Prevention**. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002577-pdf.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Guidelines for Exercise Testing and Prescription**. 6. ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2000. 368 p.

ASCOMCER. **Histórico Hospital Ascomcer** (2011). Disponível em: <<http://www.ascomcer.com.br/frmExibirConteudo.aspx?id=3>>. Acesso em: 18 dez. 2011.

AURELIANO, W. A. Vênus Revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama. **Barbarói**, São Caetano do Sul, v. 27, p. 107-129, jul./dez. 2007.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 298-303, abr./jun. 2010.

BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia, uroginecologia e aspectos de mastologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2007.

BARRETO, R. A. S. et al. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, Goiás, v. 10, n. 1, p. 110-123, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Acesso em: 10 maio 2010.

BARETTA, E. et al. Nível de atividade física e fatores associados em adultos no Município de Joaçaba, Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1595-1602, jul. 2007.

BATTAGLINI C.; BATTAGLINI B.; BOTTARRO M. **The effects of physical exercise on cancer**: a review. *Revista Digital - Buenos Aires*, 2003; n. 8, p. 57. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 15 jun. 2011.

BEGUM, P.; RICHARDSON, C. E.; CARMICHAEL, A. R.; Obesity in post menopausal women with a family history of breast cancer: prevalence and risk awareness. **International Seminars in Surgical Oncology**, Londres, v. 6, n. 1, 2009. Disponível em: <<http://www.issonline.com/content/6/1/1>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

BOFF, R. A.; WISINTAINER, F. **Mastologia moderna**: abordagem multidisciplinar. Caxias do Sul: Mesa Redonda, 2006. 468 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos: Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 21, p. 52-61, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 77-90. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria nº. 62, de 11 de março de 2009**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_oncologia.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa INCA 2010: Incidência de câncer no Brasil**, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.org.br/epidemiologia/estimativa09/index.html>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **O que causa o câncer**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: 18 abr. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. **Como se comportam as células cancerosas**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=318>. Acesso em 18 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Cadernos de Atenção Básica: controles de cânceres de útero e de mama**, Brasília, Distrito Federal, n. 13, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Sumário Executivo. Políticas e Ações para Prevenção do Câncer no Brasil. **Alimentos, nutrição e atividade física**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 16 p.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Ações Estratégicas, Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa/ 2012 incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa>>. Acesso em: 2 jan. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Recomendações do Ministério da Saúde: Controle do câncer de mama – Documento de Consenso. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 2, p. 77-90, jun. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Mastologia. IX REUNIÃO DE CONSENSO EM MASTOLOGIA. 2007; p. 1-6. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/downloads/reuniao_de_consenso_2007.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2011.

BREGAGNOL, R. K.; DIAS, A. S. Alterações funcionais em mulheres submetidas à cirurgia de mama com linfadenectomia axilar total. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 25-33, jan./mar. 2010.

CAMARGO, M. C; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000. 173 p.

CAMPBELL, W. W. Evaluation and management of peripheral nerve injury. **Clinical Neurophysiology**, v. 9, n. 119, p. 1951-1965, 2008. Disponível em: <http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/601528/description> Acesso em: 10 mar. 2011.

CARDOSO, F. S. **Entre silêncios, sussurros e gritos: o corpo feminino atravessado pelo câncer de mama**. 2009. 126 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Federal de Juiz de Fora , Juiz de Fora, 2009.

CARVALHO, J. M.; FARINATTI P. T. V. Envelhecimento e força muscular - breve revisão. **Revista Portuguesa de Ciências do Desporto**, Porto, v. 4, n. 3, p. 79-93, jul./dez. 2004.

CNDSS. Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. Set. 2006. Disponível em: <<http://www.determinantes.fiocruz.br>>. Acesso em: 15 fev. 2010.

CONCEIÇÃO, L. L.; LOPES, R. L. M. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 26-31, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 93, 21 maio 1987, Seção I, p. 7609. Disponível em: <http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1007&psecao=9>. Acesso em: 10 dez. 2011.

COSTANZO, S.E; RYFF, C; SINGER, S. B. Psychosocial adjustment among cancer survivors: findings from a national survey of health and well-being. **Institutes National of Health**, Madison, v. 28, n. 2, p. 147-156, 2009.

COUCEIRO, T.C.M; MENEZES, T.C; VALÊNÇA, M.M. Síndrome dolorosa pós-mastectomia: a magnitude do problema. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 358-365, 2009.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 51-66.

DIETRICH, S.H.C. et al. Efeitos de um programa de caminhada sobre níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciências e Movimento**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 7-12, 2006.

FABBRO, M.R.C; MONTRONE, A.V.G; SANTOS, S. dos. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Revista Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 532-537, out./dez. 2008.

Disponível em:

<http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/370_v16n4a13.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2010.

FARINA D. et al. Effect of side dominance on myoelectric manifestations of muscle fatigue in the human upper trapezius muscle. **Eur. J. Appl. Physiol.**, Germany, v. 90, n. 5-6, p. 480-488, Nov. 2003.

FERREIRA, E. L. **Corpo-movimento-deficiência**: as formas dos discursos da/na dança em cadeira de rodas e seus processos de significação. 2003. 268 f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Faculdade de Educação Física, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003.

_____. Corpo: empírico e imaginário. **Rua** – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da UNICAMP, Campinas, n. 10, mar. 2004.

_____. **Corpo-Movimento-Deficiência**: as formas dos discursos da/na dança em cadeira de rodas e seus processos de significação. Juiz de Fora: CBDCR, 2005.

_____ et al. Mulheres acometidas por câncer e a prática da atividade física. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 263-266, 2008.

FERREIRA, E. L.; ORLANDI, E.P. O discurso corporal atravessado pela dança em cadeira de rodas. In: ORLANDI, E. P. (Org.). **Cidade atravessada**: os sentidos públicos no espaço urbano. Campinas: Pontes, 2001. v. 1, p. 1-190.

FONSECA, A.J. et al. Epidemiologia e impacto econômico do câncer de colo de útero no Estado de Roraima: a perspectiva do SUS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 386-392, ago. 2010.

FREITAS, S. R. Qualidade de vida, satisfação com a cirurgia e morbidade no ombro e braço de mulheres com câncer de mama submetidas à quadrantectomia ou à mastectomia com reconstrução imediata. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 99-108, fev. 2010.

FREITAS, M.C.; MENDES, M.M.R. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 590-597, jul./ago. 2007.

GONÇALVES, A.V. et al. Randomized clinical trial on the preservation of the medial pectoral nerve following mastectomy due to breast cancer: impact on upper limb rehabilitation. **São Paulo Medical Journal**, Campinas, v. 127, n. 3, p. 117-121, Apr., 2009.

HAALAND, K.Y. et al. Hemispheric asymmetries for kinematic and positional aspects of reaching. **Brain**, n. 127, p. 1145-1158, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000090&pid=S1413-3555200800020000700004&lng=pt>. Acesso em: 10 dez. 2011.

HARRIS, J. R et al. **Doenças da mama**. 2. ed. São Paulo: MEDSI, 2002.

HAROCHE, C. **Fazer dizer, querer dizer**. Trad. Eni P. de Orlandi. São Paulo: Hucitec, 1984.

IKEMOTO, Y et al. Force-time parameters during explosive isometric grip correlate with muscle Power. **Sport Scienc Health**, Reino Unido, v. 2, n. 2, p. 64-70, June, 2007.

JIMÉNEZ, E.G; CORDERO, M.J.A; FERRE, J.A. Linfedema de membro superior y su abordaje clínico em pacientes com câncer de mama. **Formación Médica Contiuada em Atención Primaria**, Barcelona, v. 17, n. 5, p. 312-315, 2010.

JURBERG, C.; GOUVEIA, M.E.; BELISÁRIO, C. Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 139-146, abr./jun. 2006.

KISNER, C.; COLBY, L.A. **Exercícios terapêuticos**: fundamentos e técnicas. São Paulo: Manole, 1998.

KOURY, M.G.P. Identidade e pertença: estilo de vida e disposições morais e estéticas em um grupo de jovens. **RUA** [online], v. 1, n. 14, 2008. Disponível em: <<http://www.labeurb.unicamp.br/rua/pages/home/lerArtigo.rua?id=62&pagina=24>>. Acesso em: 24 nov. 2010.

LAHOZ, M.A. et al. Capacidade funcional e qualidade vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 423-430, out./dez. 2010.

LANGER I. et al. Morbidity of sentinel lymph node biopsy (SLN) alone versus SLN and completion axillary lymph node dissection after breast cancer surgery - a prospective Swiss multicenter study of 659 patients. **Annals of Surgery Journal**, Harvard, v. 245, n. 3, p. 452-460, Oct. 2007.

LEAL, N.F.B.S. et al. Tratamentos fisioterapêuticos para o linfedema pós-câncer de mama: uma revisão de literatura. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 17, n. 5, p. 730-736, jul. 2009.

LEVANGIE, P.K; DROUIN, J. Magnitude of late effects of breast câncer treatments on shoulder function: a systemac review. **Breast cancer research and treatment**, Dordrecht, v. 116, n. 1, p. 1-15, Jan. 2009.

LINKENAUER. S. A. et al. Asymmetrical Body Perception: A Possible Role for Neural Body Representations. **Psychological Science**, v. 20, n. 11, p. 1373-1380, Nov. 2009.

LUSSI, I. A. O.; PEREIRA, M. A. O.; PEREIRA, J. A. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 448-456, abr. 2006.

MACHADO, S.M.; SAWADA, N.O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 750-757, out./dez. 2008.

MANSEL, R. E. et al. Randomized multicenter trial of sentinel node biopsy versus standart axillary treatment in operable breast cancer: The ALMANAC Trial. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 98, p. 599-609, Apr. 2006.

MARQUES, A.P. Ângulos articulares dos membros superiores. In: **MANUAL DE GONIOMETRIA**. 2. ed. São Paulo: Manole. 2003. p. 12-17.

MARUYAMA, S.A.T et al. O corpo e a cultura como o *locus* do câncer. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 171-75, maio/ago. 2006.

MAUGHAN, K.L.; LUTTERBIE, M.A.; HAM, P.S. Treatment of Breast Cancer. University of Virginia School of Medicine. **American Family Physician**, Charlottesville, Virginia. v. 81, n. 11, 2010. Disponível em: <<http://www.aafp.org/afp>>. Acesso em: 10 jul. 2010.

MICELI, A.V.P. **Laços e nós**: a comunicação na relação médico-paciente com câncer e dor crônica. 2009. 127 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social/UERJ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.tesesims.uerj.br/lildbi/docsonline/pdf/miceli_ana.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MOLINA, M.A.S. **Enfrentando o câncer em família**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 2005.

MONTEIRO, S.E. Intervenção fisioterapêutica no pré e pós-operatório de câncer de mama. In: BARACHO, E. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia**: aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2002. p. 449-464.

MORETTI, A. Z. et al. Práticas corporais/atividade física e políticas públicas de promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 346-354, 2009.

MORRIS, G. S. et al. Pulmonary rehabilitation improves functional status in oncology patients. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, Nashville, v. 90, n. 5, p. 837-841, 2009. Disponível em: <<http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

MUSTIAN, M. K. et al. A 4-week home-based aerobic and resistance exercise program during radiation therapy: a pilot randomized clinical trial. **The Journal of Supportive Oncology**, New York, v. 7, n. 5, p. 158-67, Sept./Oct. 2009.

NASCIMENTO, M. F. do et al. Valores de referências de força de preensão manual em ambos os gêneros e diferentes grupos etários. Um estudo de revisão. **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 15, n. 151, dez. 2010.

NESVOLD, I.L. et al. Arm and shoulder morbidity in breast cancer patients after breast-conserving therapy versus mastectomy. **Acta Oncologia**, São Paulo, v. 47, p. 835-842, n. 5, Aug. 2008.

NORMAN, S. A. et al. Lymphedema in breast cancer survivors: Incidence, degree, time course, treatment, and symptoms. **Journal of Clinical Oncology**, v. 27, p. 390-397, Jan. 2009.

OGUNLEYE, A.A.; HOLMES, M.D. Physical activity and breast cancer survival. **Breast Cancer Research**, Boston, v. 11, n. 106, 2009. Disponível em: <<http://breast-cancer-research.com/content/11/5/106>>. Acesso em: 20 jun. 2010.

OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 115-123, jan./mar. 2008.

ORLANDI, E. P. **As formas do silêncio**: no movimento dos sentidos. Campinas, SP: Unicamp, 1993.

_____. Efeitos do verbal sobre o não verbal. **Rua – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da UNICAMP –**, Campinas, n. 1, p. 35-48, mar. 1995.

_____. Ética e política linguística. **Língua e Instrumentos Linguísticos**, Campinas, São Paulo, n. 1, v.1, p. 7-16, jan./jun. 1998.

_____. N/O limiar da cidade. **Rua – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da UNICAMP –**, Campinas, p. 7-19, jul. 1999. Número Especial.

_____. A desorganização cotidiana. In: _____. **Escritos nº 1**: percursos sociais e sentidos nas cidades. Campinas: UNICAMP, Labeurb/Nudecri, 2001. p. 3-10.

_____. **Discurso e texto**: formulação e circulação dos sentidos. Campinas, SP: Pontes, 2001.

_____. **Análise de Discurso**: princípios e procedimentos. Campinas, SP: Pontes, 2007.

_____. **A linguagem e seu funcionamento**: as formas do discurso. Campinas, SP: Pontes, 2006.

PAIVA, F. M. D. et al. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. 75-80, jun. 2011.

PAIVA, L. L.; GOELLNER, S. V. Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo, v. 12, n. 26, p. 485-497, jul./set. 2008.

PAYER, M. O. Linguagem e sociedade contemporânea – sujeito, mídia, mercado. **Rua – Revista do Núcleo de Desenvolvimento da Criatividade da UNICAMP –**, Campinas, n. 11, p. 9-26, mar. 2005.

_____. O trabalho de memória no discurso. In: II ENCONTRO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM. Mestrado em Linguística da Univás, 2008, Pouso Alegre, SP. **Anais...** Pouso Alegre: Univás, 2008. v. 1, p. 23-31.

PANOBIANCO, M. S. et al. Construção do conhecimento necessário ao desenvolvimento de um manual didático-instrucional na prevenção do linfedema pós-mastectomia. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 3, p. 418-426, jul./set., 2009.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da Atenção Básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 2, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PARK, L. C.; ZLATEVA, L.; BLANK, O. T. Self-identity After Cancer: “Survivor”, “Victim”, “Patient”, and “Person with Cancer”. **Journal of General International Medicine**, Heidelberg, v. 24, n. 2, p. 430-435, Nov. 2009.

PEDROSO, W.; ARAÚJO, M.B.; STEVANATO, E. Atividade física na prevenção e na reabilitação do câncer. **Motriz**, Rio Claro, v. 11, n. 3, p. 155-160, set./dez. 2005.

PRADO, M. A. S. **Aderência ao exercício físico em mulheres mastectomizadas submetidas à cirurgia por câncer de mama**. 2001. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

_____. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo. v. 12, n. 3, p. 494-502, maio/jun. 2004. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlaenf>>. Acesso em: 10 out. 2009.

RIETMAN, J.S. et al. Long term treatment related upper limb morbidity and quality of life after sentinel lymph node biopsy for stage or breast câncer. **European Journal of Oncology**, São Carlos, v. 32, p. 148-152, Mar./Apr. 2006.

RODRIGUES, N. S; COELHO FILHO, C. A. A. Influência da audição musical na prática de exercícios físicos por pessoas adultas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 26, n.1, p.87-95, jan./mar. 2012.

RODRIGUES NETTO, K. A.; FUMIS, R. R. L. Orientação e prevenção: o melhor remédio para o linfedema. **Revista Brasileira de Medicina Especial Oncologia**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 17-18, set. 2010.

SAÇO, L. F.; FERREIRA, E. L. Mulheres com câncer e sua relação com a atividade física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 1-7, 2010.

SALSI, M. A.; SALES, C. A.; MARCON, S. S. Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-51, jan./mar. 2009.

SANTOS JÚNIOR, A.R ; WADA, M.L.F; CARVALHO, H.F. Diferenciação celular. In: CARVALHO, H.F; RECCO-PIMENTEL, S.M. **A célula**. Barueri, SP: Manole, 2007. p. 348-363.

SCHULTZ, I.; BARHOLM, M.; GRÖNDAL, S. Delayed shoulder exercises in reducing seroma frequency after modified radical mastectomy: a prospective randomized study. **Annals of Surgical Oncology**, n. 4, p. 293-37, June, 1997.

SEIXAS, R. J.; KESSLER, A.; FRISON, V.B. Atividade física e qualidade de vida em pacientes oncológicos durante o período de tratamento quimioterápico. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 3, p. 321-330, jul./set., 2010.

SERVAN-SCHREIBER, D. **Anticâncer**: prevenir e vencer usando nossas defesas naturais. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

SHAMLEY, D. R. et al. Three-dimensional scapulothoracic motion following treatment for breast cancer. **Breast Cancer Research Treatment**, Boston, v. 118, p. 315-322, Nov. 2009.

SHAMLEY, D.R. et al. Changes in shoulder muscle size and activity following treatment for breast cancer. **Breast Cancer Research Treatment**, Boston, v. 106, p. 19-27, Apr. 2007.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, M.P.P. et al. Movimento do ombro pós-cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres *versus* limitados a 90° no pós-operatório. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 125-130, mar. 2004.

SILVA, P.J.C; CAVALCANTE, M.B.R. Das lágrimas às palavras: manifestações do *pathos* segundo a medicina da alma moderna. **Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 283-295, jun. 2010.

SILVA, R.C. de. A falsa dicotomia: qualitativo – quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisa. In: ROMELLI, G.; BIASOL, Z.M. **Diálogos**

metodológicos sobre prática de pesquisa. São Paulo: Legis Summa, 1998. p. 159-174.

SONI, N.K; CHOY, E; SPILLANE; A, J. Experience of Sentinel Node Biopsy alone in Early Breast Cancer Without Further Axillary Dissection in Patients with Negative Sentinel Node. **Jornal Oficial da Australasian Royal College of Surgeons**, Austrália, v. 75, n. 2, p. 292-297, May, 2005.

SOUZA, V.P. et al. Fatores predisponentes ao linfedema de braço referidos por mulheres mastectomizadas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 87-93, jan./mar. 2007.

SPINOLA, A. V; MANZZO, I. S. de; ROCHA, C. M. da. As relações entre exercício físico e atividade física e o câncer. **Revista ConScienciae Saúde**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 39-48, jul. 2007.

STEVEN, R. C. et al. Prevention of breast cancer in postmenopausal women: approaches to estimating and reducing risk. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 101, n. 6, Mar. 2009.

THOMAS-MACLEAN, R.L. et al. Arm morbidity and disability after breast cancer: new directions for care. **Clinical Journal of Oncology Nursing**, Saskatoon, v. 35, n. 1, p. 65-71, Jan. 2008.

VALENTE, F.M.; GODOY, M.F.G.; GODOY, J.M.P. Força de preensão palmar em portadoras de linfedema secundário ao tratamento para câncer de mama. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Ouro Preto, v. 15, n. 2, p. 55-58, abr./jun. 2008.

VELLOSO, F.S.B.; BARRA, A.A; DIAS, R.C. Morbidade de membros superiores e qualidade de vida após a biópsia de linfonodo sentinela para o tratamento do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 75-85, jan./mar. 2009.

VERONESI ,U.; ZURRIDA, S. Breast conservation: current status and future perspectives at the European Institute of Oncology. **International Journal of Câncer**, v. 120, n. 7, p. 1381-1386, Apr. 2007.

VIEIRA, C.P.; QUEIROZ, M.S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e contexto institucional. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 18, p. 63-70, jan./abr. 2006.

VOOS, M.C.; VALLE, L.E. Ribeiro do. Estudo comparativo entre a relação do hemisfério acometido no acidente vascular encefálico e a evolução funcional em

indivíduos destros. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 12, n. 2, mar./abr. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical activity: direct and indirect health benefits**. Disponível em: <www.who.int/hpr/physactive/health.benefits.shtml>. Acesso em: 3 ago. 2011.

_____. **The World Health Organization's Fight Against Cancer: Strategies That Prevent, Cure and Care**. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595438_eng.pdf>. Acesso em: 10 set. 2011.

ANEXOS

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36035900 - JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Parecer nº 090/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2019.078.2010 **FR:** 328249 **CAAE:** 0064.0.180.000-10
Projeto de Pesquisa: Efeitos da atividade física no auxílio do tratamento de câncer.
Area Temática: Grupo III
Pesquisador Responsável: Eliana Lucia Ferreira.
Pesquisadora Participante: Livia Fabiana Saço.
Instituição: Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF.

Sumário/comentários do protocolo:

- Justificativas: Trata-se de temática relevante para o avanço científico sobre os efeitos do treinamento físico no auxílio do tratamento de mulheres com câncer. Principalmente, no esclarecimento da relação corpo – doença.
 - Objetivo: O objetivo é verificar os efeitos da atividade física no auxílio do tratamento do câncer, com ênfase na melhora da qualidade de vida e nas habilidades motoras.
 - Metodologia: Trata-se de pesquisa experimental, que realizará sessões de atividades físicas planejadas, duas vezes por semana, por 12 meses, para mulheres em tratamento de câncer encaminhadas do Hospital Asconcer. Esse é um projeto de pesquisa vinculado ao projeto de extensão aprovado pela PROEX-UFJF. No início das atividades serão realizados testes de habilidades motoras, ansiedade e qualidade de vida. Serão aplicados os testes no início do projeto e a cada três meses, totalizando 4 momentos de testes.
 - Revisão e referências: As referências utilizadas sustentam todo projeto.
 - Lista de centros participantes no Brasil: Dois.
 - Países participantes: Brasil.
 - Orçamento: O orçamento apresentado está adequado para o desenvolvimento da pesquisa e, será custeado pelas pesquisadoras.
 - Cronograma: Está adequado para o desenvolvimento da pesquisa. Início em julho de 2010 e término em dezembro de 2011.
 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE: Está em linguagem adequada, clara para compreensão do sujeito e descreve os procedimentos.
 - Qualificação da pesquisadora: A pesquisadora Doutora apresenta experiência para o desenvolvimento da pesquisa.
 - Salientamos que o pesquisador deverá encaminhar a este comitê o relatório final da pesquisa.
- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado.
Juiz de Fora, 15 de julho de 2010


Prof. Dra. Iêda Maria A. Vargas Dias
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI
DATA: ___/___/2010
ASS: _____

ANEXO B

PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE NOME E CRONOGRAMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG - BRASIL

Adendo ao Parecer nº 090/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2019.078.2010 **FR:** 328249 **CAAE:** 0064.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa (título anterior): Efeitos da atividade física no auxílio do tratamento de câncer.

Novo Título: A (in) visibilidade do corpo atravessado pelo câncer de mama: do diagnóstico a terapêutica.

Área Temática: Grupo III

Pesquisador Responsável: Eliana Lucia Ferreira.

Pesquisadora Participante: Livia Fabiana Saço.

Instituição: Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF.

Sumário/comentários:

Foi solicitado pela pesquisadora responsável a alteração do cronograma para o desenvolvimento da pesquisa acima citada.

O novo cronograma foi devidamente apresentado com data prevista para início da coleta de dados em janeiro de 2012 e término da pesquisa em dezembro de 2013.

Foi solicitado também a alteração do título da pesquisa para: "A (in) visibilidade do corpo atravessado pelo câncer de mama: do diagnóstico a terapêutica".

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação das alterações citadas acima.

Juiz de Fora, 01 de março de 2012


Prof. Dra. Edevais Keller
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2012

ASS: _____

ANEXO C**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA****PRÓ-REITORIA DE PESQUISA****COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UFJF – 36036900****JUIZ DE FORA – MG – BRASIL**

PESQUISA:

ORIENTADORA DA PESQUISA: Prof^a. Dr^a. Eliana Lúcia Ferreira

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: LÍVIA FABIANA SAÇO

ENDEREÇO: FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTOS DA UFJF –
JUIZ DE FORA – MG

FONE: (32) 9123.0551

E-mail: liviafms@yahoo.com.br**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A Sr^a está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa intitulada “A (In) visibilidade do corpo atravessado pelo câncer de mama: do diagnóstico à terapêutica”. Neste estudo, pretendemos pesquisar sobre a constituição físico-funcional/social e simbólica da mulher pós-diagnóstico de câncer à terapêutica e a produção de seus efeitos de sentidos do/no funcionamento físico discursivo do ser com câncer de mama.

Antes de aceitar participar da pesquisa, leia, atentamente, as explicações a seguir:

1. Você poderá se recusar a participar da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Você poderá se recusar a responder qualquer pergunta que porventura lhe causar algum constrangimento.
2. A sua participação como voluntária não auferirá nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza, podendo se retirar do projeto a qualquer momento sem prejuízo.
3. A pesquisa oferece riscos mínimos, e os sujeitos terão possibilidade de contribuir para o estudo sobre o câncer de mama.
4. Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida pelo pesquisador.
5. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão, e o pesquisador tratará sua identidade com padrões profissionais de sigilo.
6. A Sr^a. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pela pesquisadora responsável na Faculdade de Educação Física e Desportos da UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____
portadora do documento de Identidade _____, fui informada dos objetivos do estudo “A (In) visibilidade do corpo atravessado pelo câncer de mama: do diagnóstico a terapêutica”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2011.

Nome

Assinatura da participante

Nome

Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o: CEP – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF – CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF – PRÓ-REITORIA DE PESQUISA – CEP 36036.900 – FONE: (32) 3221 - 0378.

Para contato com a pesquisadora: Lívia Fabiana Saço:

Endereço: Rua Gustavo Fernandes Barbosa – 100 , Vale dos Bandeirantes, Juiz de Fora – MG – CEP: 36047-180. *E-mail:* liviafms@yahoo.com.br – Fone: (32) 9123-0551.

ANEXO D

FICHA DE AVALIAÇÃO

Pesquisa: A (IN) VISIBILIDADE DO CORPO ATRAVESSADO PELO CÂNCER DE MAMA: DO DIAGNÓSTICO À TERAPÊUTICA

Pesquisadora responsável: Lívia Fabiana Saço

Identificação:

Data da Entrevista: ___/___/___
Nome: _____ Idade: _____
Nascimento: ___/___/___ Telefone: _____
Endereço: _____ nº.: ___ Cidade: _____ Estado: _____
Peso: _____ Kg: Altura: _____: Estado civil: _____
Grau de instrução: _____
Ocupação anterior: _____ Atual: _____
Queixa principal: _____
História da Doença Atual (HDA):
Tipo de cirurgia: _____
Data da cirurgia: ___/___/___ Tempo de cirurgia: _____ anos.
Lado cirúrgico: () Direito () Esquerdo
Braço dominante: () Direito () Esquerdo
Tratamento coadjuvante: Quimioterapia () nº. de sessões _____
Radioterapia () nº. de sessões _____
Hormonioterapia: _____.

Exame Físico:

Presença de linfedema: () sim () não; Localização: () braço; () antebraço; () punho; () mãos; () região axilar; () região cicatricial; () região clavicular; () abdômen; () região subescapular.

Exame Funcional:**Avaliação da ADM do ombro: Goniometria**

Movimento	Angulação – direito	Angulação – esquerdo
Abdução		
Flexão		

Avaliação da FPM:

	Tentativa 1	Tentativa 2	Tentativa 3
Braço direito			
Braço esquerdo			

ANEXO E

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

MOMENTO 1: Entrevista realizada com as mulheres no pré-operatório: Total de nove entrevistas – Sujeitos de S1 a S9.

ENTREVISTADA S1

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô me sentindo bem, graças a Deus”.
2. Como se sente em relação ao seu corpo, à família, ao trabalho? “Tô preocupada por causa do filho que ficou em casa, meu esposo está passando mal também, tô meio tensa, tô preocupada... mais preocupada com eles”.
3. Quais são as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Mudou um pouco... muita coisa que eu fazia eu não posso fazer por causa do braço, do carço não posso pegar peso, eu tinha atividade mais corrida e agora tem que ser mais devagar, isso que mudou! O cabelo que caiu, me sinto meio envergonhada de cair”.
4. O que faz para tentar passar isso? “Eu não fico focada na cobrança, procuro ocupar minha mente com outras coisas assim, em casa com os filhos, parentes, amigos; aí é onde que eu distraio, aí... só quando tem que vir pro hospital que eu lembro”.
5. Qual é a sua maior preocupação? “A cirurgia, como é que eu vou ficar, minha preocupação”.

ENTREVISTADA S2

A entrevistada iniciou com o seguinte depoimento sobre sua preocupação mediante o momento vivenciado: “Mediante o tratamento que me foi disponível, minha preocupação maior é com o filho menor que é adotado: ‘– Meu Deus! Me dá um caminho que nesse médico eu não volto mais’. Eu tomei tanto pavor dele, eu consegui uma consulta com a Doutora X, e ela me explicou direitinho, totalmente

diferente do outro médico, ele tirou o que tinha que ter tirado, comecei a fazer a quimioterapia, até fazer a outra cirurgia. Me senti mais segura, mais confiante. Ele tirou só um quadrante, tirou bastante coisa, não tem como preservar a mama por causa das calcificações; então, vai retirar a mama toda e fazer a reconstrução”.

1. Como você está se sentindo neste momento? “Nesse período da quimioterapia, eu já conscientizei mais, pois eu quero saúde e vida porque assim... por causa do meu filho, por causa de mim... A gente como mulher... afetar vai afetar, porque essa doença é a pior! É a pior! Minha preocupação maior é sair bem da cirurgia, ficar boa e tocar minha vida prá frente, entendeu? Porque o fato de tirar o seio já me conscientizei que não tem como, entendeu? E, geralmente, quem retira tudo vive mais tempo do que quem só retira uma parte, entendeu? Nesse ponto, eu tô muito consciente, não estou como o dia que cheguei à doutora X, entendeu?”

2. Quais foram as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “É... em casa, e as coisas que descontrolam às vezes, a gente fica na cama querendo reagir, mas a doença é mais forte que a gente. Meu filho tá com transtorno na escola, transtorno de comportamento... é assim... eu comecei a arrumar a mala e ele já me perguntou: ‘Já te ligaram?’ E eu falei: ‘Já’. Ele falou: ‘Eu chorei quatro vezes na escola’. Ele tá com a psicóloga. Eu não ia comentar nada com ele não, mas a psicóloga pediu para contar prá ele, então ele tá sabendo... ele também me deu problema quando meu cabelo começou a cair, ele não chegava perto de mim, mas aí eu comecei a usar peruca, eu falei com ele que foi um produto que eu tinha passado no meu cabelo e o meu cabelo caiu, hoje não, ele passa a mão na minha cabeça, ele me abraça, mas meu problema maior que eu encontrei foi com ele, entendeu? Meu marido me dá apoio, a família toda”.

3. O que você fez como tentativa para solucionar essas mudanças? “Por eu ter que criar coragem por causa dele me ajudou também... Entendeu? Porque eu passei assim... as quatro primeiras quimioterapias não me deram tanta reação. Quando comecei a fazer o reforço, me abateu mais. Fiquei mais de cama, mas, assim que eu vi que dava prá recuperar, eu me mantinha de pé até a hora que ele ia prá escola entendeu? Deitava depois... A alimentação também, voltei a alimentar, meu marido me ajudou. Comecei a conseguir algumas coisas dentro de casa, como fazer

comida. Eu não tava saindo muito porque perdi a sensibilidade nos pés e nas mãos, então tava dificultando eu andar. Ele falou assim: 'Oh mãe! Eu tô tão feliz, tão feliz...' Por quê? 'Porque você tá podendo sair comigo'... Aí ele foi e perguntou: 'Quando que minha mãe vai poder sair de novo?' Eu tento reagir por mim mesma. Um ano atrás também tive que cuidar do meu irmão que também estava com câncer, então eu abracei a causa. Por um lado, também foi uma reciclagem na minha vida, totalmente diferente, pois comecei a cuidar mais de mim. Antes eu cuidava só dos outros. Minha ansiedade maior é passar por isso tudo”.

ENTREVISTADA: **S3**

1. Como você está se sentindo neste momento? “Bem, tranquila... Tudo ok”.
2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Há... na profissão! Na família, tive apoio da minha família. Foi bem tranquilo, não afetou nada em minhas relações”.
3. Qual é a sua maior preocupação hoje? “Eu tinha medo de tirar a mama, mas não vou precisar. Estava com um pouquinho de medo, receio... porque é um pedaço da gente”.
4. O que sente com relação a seu corpo? “Sabe... assim... Estou normal, o efeito da quimioterapia a gente perde o cabelo, a unha fica fraca, mas, isso vai passar”.
5. Quem te deu suporte? “Minha vizinha também já fez o tratamento e me deu apoio, está sendo uma pessoa maravilhosa em minha vida. Tive uma vitória porque não vai precisar tirar... É só agradecer e pedir a Deus para continuar e acabar este tratamento e ser feliz igual a minha amiga”.

ENTREVISTADA **S4**

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô bem, graças a Deus”.
2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Não, não mudou nada não... mesma coisa”.

3. Qual é a sua maior preocupação hoje? “Que tudo corra bem na cirurgia e que eu vá embora... logo, logo!”

4. O que sente com relação ao seu corpo? “A idade faz a gente mudar, mas é sobre a doença? Tenho a doença, mas não me faz mudar não”.

5. Quem te deu suporte? “Eu sabia que eu ia fazer a cirurgia, mas com a greve me pegou de surpresa. Ontem que ligaram avisando que eu tinha que estar aqui hoje às 8 horas, uma vizinha me ajudou. Nós ficamos conversando... praticamente, não avisei ninguém. Eu falei com a minha irmã e hoje liguei prá minha sobrinha avisando que eu ia internar prá fazer, entendeu! Não tinha comunicado com as pessoas não, estão sabendo hoje, colocar os outros preocupados à toa, porque eu nem sei o que é. Lam ficar imaginando, imaginando coisas. Lam botar todo mundo preocupado, então achei, quer dizer, cada cabeça é uma cabeça. Estou me sentindo bem graças a Deus, confio muito em Deus, não estou preocupada nada, nada.”

ENTREVISTADA S5

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô me sentindo até bem, confiando em Deus e em Nossa Senhora Aparecida. Tô tranquila entendeu... Eu creio que não é maligno, que vai ser benigno, que minha operação será um sucesso e que não causará danos nenhum daqui prá frente, tem que dar certo! Eu espero que sim... Deus é maior. Tô me sentindo até muito bem minha filha, bem demais”.

2. Quais foram as principais mudanças? “Minha irmã que morreu... [choro]. A perda do meu marido que tem três anos. Perdi minha irmã em setembro e minha comadre, dia primeiro de maio agora. Eram pessoas muito importantes na minha vida. Eu vivi com meu marido 23 anos, ele era tudo para mim. Eu não tinha muito contato com minha irmã, mas eu tinha a certeza que ela estava em Ubá, estava viva e com saúde. Quando eu fiquei sabendo, praticamente, ela estava nas últimas, aquilo me abalou muito, mexeu muito comigo e o da minha comadre também mexeu muito comigo... [choro]. Tem dia que eu não tô muito legal por causa da perda do meu marido. Ele morreu com esse problema de negócio de câncer; ele ficou no hospital quase dois meses e aqui ele ficou sete dias. O Dr. A. mandou ele prá casa e ele ficou sete dias e aí ele veio pro hospital K. tomar sangue e eu já sabia que ele não ia

voltar prá casa, porque eu sentia. Algo me falava que ele não estava bem. Ele faleceu no dia 10 de abril, eu não sinto vergonha de falar”.

3. O que você faz para solucionar esses problemas? “Às vezes, eu tomo meu remédio, porque tem dia que eu não tô bem mesmo. Eu moro sozinha e a minha casa é muito fechada. A atividade física que eu faço é só na academia e tem semana que eu não vou porque tem coisa prá resolver... que agora eu sozinha e Deus, quando tenho tempo, eu vou à academia. Muitas coisas passam em nossa cabeça. Penso várias coisas, chorei muitos nesses dias para trás, chorando muito... pensando que é maligno e rezando muito... pedindo aos meus Santos que eu tenho fé que não seja maligno e sim benigno. Então que eu até penso em fazer alguma atividade física, queria procurar algo mais que preenchesse, porque tem dia que eu me sinto vazia por dentro, aquele vazio, tristeza. Um dia estou bem e em outro não estou. Perdi o primeiro marido, o segundo e agora perdi esse outro; já perdi duas irmãs e minha mãe, há muita coisa passada, entes queridos que vão perdendo e não esquecemos, e isso fica gravado na nossa cabeça e muda tudo na mente e no coração da gente”.

4. Quem te deu suporte? “Essa parte aí, às vezes, uma prima que perdeu dois filhos em 2000. Eu tô caminhando mais sozinha e com Deus, tem vezes que vou dançar e depois volto para minha casa e assim vou levando minha vida. Tenho vontade de arrumar marido para colocar dentro de casa, pois não quero acabar o resto da minha vida sozinha. Então minha vida é esta, bebo e como o que eu quero, não me falta nada, eu tenho tudo dentro da minha casa. Tenho tudo e tem dia que me sinto como se eu não tivesse nada, ninguém na minha vida”.

ENTREVISTADA S6

1. Como você está se sentindo neste momento? “No começo estava mais nervosa, mas agora estou mais calma”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Uns problemas de família... tem vez que está bom e em outras, mais ou menos. Depois que eu descobri, fiquei meio preocupada, mas depois, com o tempo, entreguei para Deus, porque não adiantava ficar preocupada. Não atrapalhou minhas relações com

família e trabalho. Quando eu estou trabalhando, distraio um pouco, mas sempre lembro”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “O que vai acontecer depois da cirurgia”. Quem te dá maior suporte? “As pessoas falam para não preocupar porque muitas pessoas passam por isso, minha família me apoia”.

ENTREVISTADA S7

A entrevistada iniciou a entrevista com o seguinte depoimento sobre sua preocupação mediante a operação: “Tirei um nódulo e voltei em maio de 2005 para fazer a margem de segurança. Era um carcinoma raro, isso no Rio. Mudei para cá e fiz acompanhamento com a Dr^a. S. até este ano e deu uma microcalcificação assim... [ela faz o gesto do tamanho do nódulo com os dedos] microscópica, deu que retornou e, por preocupação, irá fazer a mastectomia total por precaução e reconstrução.

1. Como você está se sentindo neste momento? “É meio complicado... Sinto-me insegura, mas encarei muito bem. Meu maior incômodo é esse processo. Agora me sinto muito ansiosa... Dias mais tranquilos, dias menos.... Normal. O centro cirúrgico, para mim, é o mais difícil, me deixa ansiosa”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Meu trabalho me ajuda muito, o contato com as crianças é ótimo. Me dá uma revigorada... Até um dia desses brinquei com o cirurgião, como ele iria fazer a cirurgia, eu tenho uma semana só. Eu tenho que voltar a trabalhar! Ele falou que não tem problema nenhum desde que eu imobilizasse o braço, não teria problema. Meu trabalho me ajuda muito e rezar... Eu rezo muito”.

3. O que sente com relação a seu corpo? “Engraçado... Eu tava até conversando com meu marido, com minha amiga, eu tive uma amiga que já passou por isso. Assim... a relação estética não me preocupa. A minha preocupação é com essa sensação de perda, retirada. Saber que eu vou perder... talvez se eu tivesse que fazer “n” retalhos na minha mama me incomodaria menos do que o fato de perder. Retirada completa”.

4. Qual é a sua maior preocupação? “O centro cirúrgico me incomoda profundamente. Aquele momento da cirurgia me deixa ansiosa, me incomoda profundamente. O momento da anestesia é o pior, nem o antes, nem o depois. A anestesia me deixa... sequela do processo da outra cirurgia que eu tive que ficar respirando na máscara... foi angustiante”.

ENTREVISTADA S8

1. Como está se sentindo neste momento? “Está bom, antes de operar, eu não sentia tanta coisa como sinto hoje. Tem dia que eu fico um pouco cansada, desanimada, com o corpo dolorido. Não sei se é por causa da menopausa, estou sentindo muito calor”.

2. O que sente com relação a seu corpo? “Graças a Deus estou bem, não tenho nada de anormal para preocupar. Tenho muito apoio familiar, meu marido é maravilhoso”.

3. Quais estratégias você utiliza para enfrentar a doença? “Procuro muito Deus, sou muito católica e trabalho na igreja. Coloquei na cabeça que eu não tenho mais nada e que vou viver muitos anos”.

4. Qual é a sua maior preocupação? “Se pode voltar, a recuperação – não conseguir recuperar”.

ENTREVISTADA S9

1. Como você está se sentindo neste momento? “Mais ou menos, não estou muito bem não. Preocupada com a operação”.

2. O que sente com relação a seu corpo? “Sinto dormência no braço direito”.

3. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Não tenho saído, mas converso e tento fazer alguma coisa. Eu trabalhava fora de casa, agora estou encostada e não faço mais nada”.

4. Qual é a sua maior preocupação? “A operação, não sei como vai ser. Não sei se vai melhorar ou piorar”.

MOMENTO 2: Entrevista realizada com as mulheres no pós-operatório imediato (um dia após a cirurgia): Total de oito entrevistas – Sujeitos de S1 a S9.

Obs.: Não foi realizada entrevista com o sujeito S8 (motivo de alta hospitalar no momento da pesquisa).

ENTREVISTADA S1

1. Como você está se sentindo neste momento? “Bem, sem nada”.
2. Qual é a sua maior preocupação agora? “Ficar bem, já passou... Voltar à vida normal”.
3. O que você deixou de fazer neste tempo e o quer voltar a fazer? “Trabalhar, voltar meu serviço e minha vida normal, apesar de não ter-me entregue”.

ENTREVISTADA S2

1. Como você está se sentindo neste momento? “Sinto mais aliviada, menos preocupada. Agradei a Deus por ter corrido tudo bem e aos médicos. Venci mais uma etapa, uma de cada vez”.

ENTREVISTADA S3

1. Como você está se sentindo neste momento? “Agora bem... muito bem mesmo”.
2. Qual é a sua maior preocupação agora? “Tomar conta da minha casa, com saúde e tranquilidade. Vou tentar fazer tudo que eu fazia”.

ENTREVISTADA S4

1. Como você está se sentindo neste momento? “Estou mais tranquila, calma. Correu tudo bem, graças a Deus, estou bem e em paz”.
2. Qual é a sua maior preocupação agora? “Vontade de ir embora, voltar para casa. Dar um abraço em todo mundo e cuidar deles, mas sem fazer esforço, porque não pode”.

ENTREVISTADA S5

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô meio triste, preocupada, porque eu já estou com 69 anos e ninguém quer morrer, ainda mais eu que tenho uma neta de 16 anos que eu adoro muito, amo meus netos, meus filhos e minha nora e me amo também. Nesta situação que eu me encontro, eu fico insegura, penso pelo lado bom e também pelo outro lado do mal. Igual me encontro aqui, acho que no meu caso isso é normal, pensar pelo lado bom e pelo ruim. Temos o tempo da gente aqui, chegou o tempo, chegou! Gosto e amo muito as pessoas que falei. Tinha vontade que Deus me desse mais vida, mais 10 anos por aí. Eu amo essas pessoas, são a minha vida. Peço que Deus não me abandone e que me dê as mãos. Espero que, ao final desse período que estou passando, após a cirurgia, que venha ser um final feliz, uma coisa mais prazerosa para mim e minha família”.

ENTREVISTADA S6

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô me sentindo bem, a cirurgia foi ótima”.
2. O que mais preocupa você neste momento? “Nada”.

ENTREVISTADA S8

1. Como você está se sentindo neste momento? “Muito bem”.
2. Qual é a sua maior preocupação agora? “Voltar à vida normal, voltar a trabalhar”.

ENTREVISTADA S9

1. Como você está se sentindo? “Bem”.
2. Qual é a sua maior preocupação agora? “Recuperar. Estou bem, sem dor, quero estar com minha família”.

MOMENTO 3: Entrevista realizada com as mulheres no pós-operatório (mais de um ano de cirurgia): Total de 17 entrevistas – Sujeitos de S10 a S23.

ENTREVISTADA S10

1. Como você está se sentindo neste momento? “Neste momento? Em relação a quê? Em relação a tudo, no geral? [Risos]. Estou me sentindo... Uh! Uh! Para baixo... [silêncio]”.

2. Como assim? O que você quer dizer com para baixo? Como assim? Como você está sentindo em relação a você, a seu corpo, a sua vida, a seu “eu”? “Então... Estou me sentindo um pouco... Com receio, com vergonha, estão acontecendo algumas coisas... O INSS já me liberou e o meu emprego não quer me aceitar, pois eu ainda estou fazendo fisioterapia. Estou achando que estão acontecendo coisas ruins também em relação ao tratamento...”

3. E essas coisas ruins, o que são? “Dores de cabeça... e eu acho... que pode ser alguma coisa vinda da mama. Entende?”.

4. E em relação a seu corpo? “Vergonha [choro]...” Em relação à mama, às suas atividades? “Eu sou divorciada e depois que aconteceu isso. Eu já não tinha namorado... [entrevistada chorando]...” Mas você divorciou pelo fato acontecido ou não? “Não, quando aconteceu, já tinha três anos que eu havia separado”.

5. Você tem filhos? “Tenho uma menina. 21 anos... não 22. [chorando]... Eu sou muito preocupada! Sempre fui! E eu tô muito preocupada com minha filha... [choro]”.

6. E em relação a seu trabalho que você já tinha comentado anteriormente? Como esse processo está interferindo em você hoje? “– Para falar a verdade, eu queria trabalhar assim... trabalhar sozinha... não queria voltar para o meu trabalho não [choro]. No momento da doença, eu estava doente e não falei nada para ninguém... e eles (entrevistada soluçando) me mandaram embora [choro].”

7. Eles te mandaram embora quando ficaram sabendo? “Eu sabia, mas eles não sabiam, daí colocaram outra no meu lugar. Aí, quando eu fui passar pelo médico do trabalho, ele falou que eles não podem, não podem te mandar embora. Aí eu voltei na firma, aí eu entrei de licença. Mas eu não esperava o jeito que eles me trataram...”

me machucou muito. Hoje eu queria fazer outra atividade que eu não fazia antes. Eu sou muito preocupada sabe, preocupo com qualquer coisa sabe. Eu fazendo outra coisa, eu ficaria mais livre. Eu ganhava razoável, mas me cobrava muito sabe! Desgastava-me muito”.

8. E em relação a todas as mudanças que já aconteceram e que você ainda está passando por elas... O que você pensa em fazer para superá-las?

Obs.: Devido ao fato de a paciente se encontrar muito emotiva, compreendemos e terminamos a entrevista.

ENTREVISTADA S11

1. Como você está se sentindo neste momento? “Sinto que a quimioterapia ainda interfere muito, mas, emocionalmente, eu estou dez vezes melhor, eu estava muito chorosa. Hoje estou muito bem, não deixo qualquer coisa me afetar como antes. Estou estável emocionalmente. Profissionalmente, deu uma reduzida, porque eu tinha vontade de fazer alguma coisa, sempre quis ser voluntária. Não estou fazendo nada, algo que me dê prazer. Quero entrar na aula de pintura. Estou em uma fase boa, estável. Se meu emocional estiver mal, eu começo a sentir tudo. Sou muito emotiva, choro por tudo. Estou bem”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Eu e minha irmã sempre brigávamos, e a doença nos aproximou. Muito apoio aqui no hospital, todas as pessoas aqui. Sempre fui muito sozinha, a solidão hoje me incomoda um pouco, mas eu convivo bem com isso. Tem dias que eu sinto falta. Tive uma suspeita de câncer de reto, e isso mexeu muito com a minha autoestima, tem muitos anos que eu não tenho relação sexual. Nunca quis fazer plástica, mas estou pensando na reconstrução”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “Financeiramente, ganho mal. Tenho um padrão de vida bom, porém instável. Tenho ajuda da minha irmã e da minha filha. Queria um salário que me desse estabilidade”.

ENTREVISTADA S12

1. Como você está se sentindo neste momento? “É muito triste, mas estou conseguindo passar por isso. Tô tendo apoio da família, isso é muito importante. Estou bem”.
2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Não poder pegar peso, diminuiu meu trabalho. Vir todo dia na cidade. Minha filha, minha irmã, meus amigos me deram muita força”.
3. Qual é a sua maior preocupação? “A minha cura, com certeza. Eu encarei bem o fato de estar careca, não senti nada demais, eu aguentei”.

ENTREVISTADA S13

1. Como você está se sentindo neste momento? “Não me sinto em uma fase boa da minha vida não, eu acho que meu caso complicou muito e está um período muito difícil para mim. Eu tenho depressão, crise na coluna e no braço, tudo em um único momento. Para mim, tem sido muito difícil e, muitas vezes, penso até em desistir”.
2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “A vida da gente vai de ponta a cabeça. O câncer é uma doença que a gente sente muito só, como se fosse outra pessoa dentro de mim, e é uma doença muito cercada de preconceitos. Eu sofro isso com a família, amigos e muitos até afastaram de mim. Emocionalmente, o câncer roubou muito de mim, foi um ladrão na minha vida e não está sendo fácil manter”.
3. O que você faz para mudar esta situação? “Acredito em Deus, tenho buscado toda e qualquer alternativa de tratamento, como a psicologia, fisioterapia e o contato constante com a minha médica. É o que eu tenho feito, centrar na minha saúde para tentar conseguir passar ‘numa boa’ por esse tratamento”.
4. Quem te deu suporte? “A minha mãe de 82 anos, aliás, eu só tenho ela”.
5. Qual é a sua maior preocupação? “A minha perspectiva de melhora, terminar esse tratamento tão chato, porque a quimioterapia e a radioterapia são um incômodo, tratar o problema no tendão do braço. Dar uma girada na vida profissional e

emocional, aprender a resgatar minha autoestima que o câncer também roubou de mim”.

ENTREVISTADA S14

1. Como você está se sentindo neste momento? “Olha... Eu me sinto feliz porque eu me sinto curada, e o atendimento aqui é maravilhoso, todos aqui nos colocam para cima e isso ajuda muito na autoestima. Às vezes, dá uma pontadinha de tristeza, mas é coisa que passa rápido, pois vemos coisas muito mais tristes. Eu, neste momento, me sinto feliz, pois olho para trás e vejo tristeza muito maior, me sinto curada e muito feliz”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Mais na minha casa, porque sou autônoma, antes eu fazia tudo e agora não posso pegar peso, fazer faxina, arredar nada, levantar o braço. No trabalho e em casa, fiquei muito prejudicada”.

3. O que faz para tentar solucionar esses problemas? “Tenho uma faxineira a cada 15 dias, e as coisas pesadas meu marido e filhos fazem. Vamos levando com a fé de Deus”.

4. Quem te deu suporte? “Primeiro Deus e, em segundo lugar, minha família em geral, inclusive minha mãe que perdi há quatro meses, além do tratamento aqui do hospital que é excelente, pois aqui é um carinho intenso, se comovem com nosso problema e nos dão um imenso suporte”.

ENTREVISTADA S15

1. Como você está se sentindo neste momento? “Ótima! Quando eu fazia a radioterapia, doía, mas agora que acabei eu não sinto mais nada. Eu sentia dor quando eu estava com o peito, ‘parecia um bicho’, mas agora que tirou eu não sinto mais nada, só se pegar muito peso. A drenagem está me ajudando a mexer com o braço, porque eu não mexia, esfrego minha calcinha, torço minha roupa, coloco no varal e isso eu não fazia. Eu ficava triste porque não estava vendo meus filhos e

marido e agora posso ir para casa. O que tá me prendendo é isso aí. Eu rio e brinco com você, mas eu estou triste, no fundo do meu coração”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “A que mais marcou foi quando eu perdi meu peito e descobri que estava com câncer, aí doeu... [choro].”

3. O que você faz para solucionar esses problemas? “Quando eu descobri, fiquei quieta e não contei. Um dia, minha filha me viu trocando de roupa e viu o caroço; meu marido comentou que meu peito estava muito grande, eu disse que não era nada e não comentei nada, mas já estava com o negócio. O mais triste foi quando eu vim para cá e o Dr. M. cortou, sem anestesia, eu fiquei seis dias no hospital e depois fui prá casa. Quando a doutora me viu lá na maternidade com o peito deste tamanho, ela ficou assustada e me internou, tirou um pedacinho. A pior coisa é quando a pessoa fala que você tá com isso, tá com isso... nossa! Mas só deu isso porque apertou sabe... Eu não tive esse negócio”.

4. Qual é a sua maior preocupação? “Posso ser sincera? Esse dinheiro aí, é o que mais quero, e voltar prá casa, cuidar do meu marido, eu já fiquei muito. Pegando esse dinheiro, eu ia ajudar minha irmã e voltar para casa, mas não vou abandonar aqui”.

ENTREVISTADA S16

1. Como você está se sentindo neste momento? “Bem... Não posso fazer muitas coisas que eu fazia antes, mas estou bem melhor. Queria fazer um pouco mais, arrumar casa, fazer uma limpeza melhor”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Muda tudo depois do tratamento, quando você descobre muda muita coisa. Você chora muito porque é uma situação difícil de lidar. Não tenho filhos, mas meu marido, amigos, vizinhos e médicos me ajudaram... Você se sente amparada. Tenho força de vontade e acredito que vou vencer”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “Hoje em dia, não me preocupo muito mais não, o tratamento mais difícil, eu já passei. Hoje estou mais tranquila. Meu maior prazer é saber que estou bem, passei por tudo isso e estou bem”.

ENTREVISTADA S17

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô me sentindo uma pessoa curada, porém em vista das atividades que eu fazia antes, hoje eu não posso fazer praticamente nada. Aprendi a dar valor à vida”.

2. O que sente com relação a seu corpo, a seu “eu”? “Eu tenho vergonha do meu corpo e de trocar de roupa perto das pessoas. Ficou bem diferente, por causa da cicatriz. Quero acabar de fazer a reconstrução, voltar a ser do jeito que eu era antes, quando vou trocar de roupa perto de outra pessoa e ela fica olhando e perguntando”.

3. Em relação a sua família, como está sendo? “No começo, foi difícil prá eles, mas agora eles acostumaram. Antes, eles não me davam tanta atenção como agora, eu era a ovelha negra da família. Agora a atenção é toda voltada para mim”.

4. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Eu acho que foi meu companheiro, depois que eu operei, ele mudou muito comigo, o modo de me tratar mudou muito. Depois que eu fiquei doente, ele não me dá mais atenção, ficou ignorante, não me procura mais. Eu andava toda arrumada, tinha um cabelão. Eu procuro me arrumar para ser como era antes, mas eu não consigo, minhas roupas antigas não me servem mais, minha autoestima tá lá embaixo”.

5. Qual é sua maior preocupação? “A doença voltar... morro de medo. Não aguentaria a doença novamente. No começo, eu não queria aceitar, mas fui aceitando, até que chegou um ponto que eu tinha esquecido da doença. Eu tento nunca ficar sozinha, tenho medo de ficar em depressão, voltar tudo de novo, ficar careca”.

ENTREVISTADA S18

1. Como está se sentindo neste momento? “Está bom, às vezes, fico desanimada, meu corpo fica quente, não sei se é por causa da menopausa”.
2. Quais foram as principais mudanças? “Mudanças maiores somente na minha casa, mas todos ajudam”.
3. Qual é a sua maior preocupação hoje? “Minha recuperação ser completa”.

ENTREVISTADA S19

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tudo bem, Deus está ajudando, estou conformada e me recuperando”.
2. O que sente com relação a seu corpo? “Foi difícil colocar a roupa e ver aquele lado vazio. A preocupação maior foi o cabelo, mas não foi preciso fazer a quimioterapia”.
3. Qual é a sua maior preocupação? “Qualquer coisa que eu sinto, já acho que a doença e o cabelo. Pedindo a Deus para dar coragem e paciência, vou continuar, se Deus quiser! Meus irmãos e sobrinhos me dão muita coragem”.

ENTREVISTADA S20

1. Como você está se sentindo neste momento? “Ótima”.
2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Com relação ao trabalho, não atrapalhou em nada, mesmo com a quimioterapia. Com relação à autoestima, ficou um pouquinho prejudicada, porque uma mama ficou um pouquinho diferente da outra, mas não chega a ser um problema para mim. Tô bem, a cirurgia veio em um momento em que as coisas melhoraram para a mim, eu tava passando por um problema difícil, por isso ela não foi uma coisa ruim. Foi o marco de um começo de uma época muito boa para mim”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “Nunca parei para pensar nisso, não acho que vou ter outro câncer, acho isso besteira para ficar pensando”. Não fiz muito alarme da doença, minha filha me deu maior suporte”.

ENTREVISTADA **S21**

1. Como você está se sentindo neste momento? “Em relação ao que já passei, eu me sinto bem, porque foi um susto quando descobri, mas consegui resistir bem ao tratamento. Tive um edema no braço que me impediu de cuidar da minha casa, sou apaixonada por isso. Eu coloquei na minha cabeça que o mais importante é estar ao lado da minha família”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Eu já tive um certo conflito interno por causa do seio e do inchaço do braço; já pensei na reconstrução, mas não vai ocorrer por causa de outros problemas. Eu aceito”.

3. Quais são as pessoas que te deram suporte? “Abaixo de Deus, a minha família que me apoiou muito. Nas tarefas diárias, meu marido e minha mãe me ajudam, o fisioterapeuta, todos os amigos aqui do grupo. Todo mundo me abraçou e me apoiou”.

4. Qual é a sua maior preocupação? “Essa porcaria voltar, não de me tirar mais uma parte do corpo, mas de me impedir de viver, curtir meus filhos. Fico muito assustada”.

ENTREVISTADA **S22**

1. Como você se sente neste momento? “Estou bem, me cuidando”.

2. Quais as principais mudanças ocorridas até o presente momento? “Mudanças maiores na minha profissão. Hoje fico só em casa”.

3. Qual é a sua maior preocupação hoje? “Da doença poder voltar”.

ENTREVISTADA S23

1. Como você está se sentindo neste momento? “Sentindo bem, sentindo uma dor no braço. Dói muito, depois da cirurgia. Interferiu muito no meu trabalho, não posso pegar peso, andar muito, sinto muita dor e não posso fazer quase nada”.

2. Quais estratégias você utilizou para enfrentar a doença? “Procuro distrair, conversar, fisioterapia, hidro”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “O câncer – se vai sarar e depois seguir a vida”.

ENTREVISTADA S24

1. Como você está se sentindo neste momento? “Tô bem... Hum. Hum... A única coisa que incomoda é quando tá muito quente, aí meu braço dói mais... Em relação ao trabalho, tô parada e isso me incomoda”.

2. Quais estratégias você utilizou para enfrentar a doença? “Eu converso um pouquinho, venho no grupo, isso é importante”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “Hum... Eu tenho vontade de trabalhar como eu trabalhava antes. Hoje eu não posso fazer nada direito. Eu gosto de trabalhar. Minha mãe lá em casa, minha irmã, todo mundo me ajuda um pouquinho”.

ENTREVISTADA S25

1. Como você está se sentindo neste momento? “Há... Eu nem sei... tô muito triste... mas tô conseguindo passar. Sempre trabalhei, sabe... e não posso pegar peso”.

2. Quais estratégias você utilizou para enfrentar a doença? “Minha filha me ajuda... minhas vizinhas”.

3. Qual é a sua maior preocupação? “Minha cura... o problema maior foi a careca, encontrei duas pessoas que riram de mim, mas, aguentei”.

ENTREVISTADA S26

1. Como você está se sentindo neste momento? “– Emocionalmente? A sensação que eu tenho é de tá decaindo aos poucos, a química tem muito efeito no meu organismo, mas, emocionalmente, eu tô dez vezes melhor que eu tava. Logo depois da cirurgia, eu tava desestruturada emocionalmente, hoje não, hoje eu tô muito bem. Não deixo qualquer coisa me afetar antes, se uma pessoa falava qualquer coisa comigo, já me deixava arrasada pelo resto do dia, hoje não. Emocionalmente, tô muito estável. O lado profissional tá muito mal resolvido, tô sem fazer nada, tô sem nada que me dá prazer. É assim... Tô estável, o meu emocional estando bem, eu tô bem, se o meu emocional estiver ruim, me dói tudo. Eu sou muito emocional, emotiva”.

2. Quais estratégias você utilizou para enfrentar a doença? “Vou ao cinema, eu sou muito sozinha. Hoje não tenho parceiro, e isso faz muita falta, vou tentar agora pintar. Tô com vontade de fazer a cirurgia de reconstrução, até então não tinha, agora tô tendo”.

3. Quem te deu apoio? “Por incrível que pareça, a doença aproximou minha irmã e eu; antes, éramos brigadas e, graças a Deus, nos aproximamos, graças a Deus, o apoio primordial para mim foi aqui do hospital. Sou muito sozinha, mãe solteira...”

4. Qual é a sua maior preocupação? “Financeiro, ganho muito mal. Eu tenho um padrão de vida bom, mas instável, minha irmã me ajuda, se minha irmã faltar, eu perco uma grande parcela da minha ajuda. Eu queria ter um trabalho, não pesado, mas algo que pudesse fazer... na recepção... ter meu dinheiro”.

MOMENTO 4: Entrevista realizada com as mulheres que participam do grupo: “Atividade Física para mulheres com câncer”. Total de seis entrevistas – Sujeitos de S27 a S32.

ENTREVISTADA S27

1. O que significa para você estar participando do projeto de exercícios físicos na Universidade? “Prá mim, é tudo, eu gosto muito. Eu fico contando os dias para

chegar as terças-feiras para eu poder ir.” E esse tudo para você o que significa? “A gente ganha muito mais saúde, mais energia”.

2. Qual foi o seu interesse inicial em participar deste projeto de exercícios físicos? “Eu não sabia, quando eu fiquei sabendo por vocês, eu me interessei logo, pois é um exercício... muito importante para nós... Busquei, inicialmente, por causa do bem-estar, um corpo melhor... Assim... mais leve. Eu saio de lá, a gente desce até a pé, porque a gente sente outra, sente mais leve. Identifico-me com as pessoas e é muito bom. Bom demais”.

3. Hoje, para você, o que é o câncer? O que você entende por câncer? “Bom, prá mim, é um fato que já passou, eu não considero mais que eu tenho essa doença mais... Vocês são muito importantes na nossa vida”.

ENTREVISTADA S28

1. O que significa, para você, participar do projeto de exercícios físicos na Universidade? “Prá mim, foi muito bom, todo mundo manda a gente fazer atividade e, fazendo os exercícios lá, me ajudou bastante, pois eu tava tendo muita câimbra no membro superior... Agora fiz ultrassom e deu tendinite, mas, em relação a minha dor que eu tinha, melhorou bastante.”

2. Qual foi o seu interesse inicial em participar deste projeto de exercícios físicos? “Eu pensei primeiro por causa das minhas câimbras e eu senti que melhorou, assim... ainda dá câimbra, mas melhorou e junto veio a alegria, quando a gente encontra todo mundo”.

3. Hoje para você o que é o câncer? O que você entende por câncer? “– Eu não penso, eu não penso que eu tô doente não, se meu braço tá doendo, eu penso: ‘Graças a Deus que eu tenho o braço para doer...’ Assim, eu sinto muita dor... mas vai passar um dia... Deus me deu essa cruz, pois sabe que eu vou aguentar a carregar...”

ENTREVISTADA S29

1. O que significa, para você, participar do projeto de exercícios físicos na Universidade? “Prá mim, tá sendo excelente... Todo o tipo dos exercícios tá sendo ótimo e está me ajudando muito. A minha fisioterapeuta falava que eu tinha que procurar um tipo de atividade e assim eu fui...”

2. Qual foi o seu interesse inicial em participar deste projeto de exercícios físicos? “Eu fui pensando, inicialmente, em melhorar cada vez mais minha situação, em relação a minha cirurgia, entendeu! Movimentos do braço principalmente, e isso tem me ajudado muito... O encontro é muito bom, descontraído”.

3. Hoje, para você, o que é o câncer? O que você entende por câncer? “Nossa... É uma experiência de vida, nossa... que eu não desejo ninguém para passar... É uma experiência... Que Deus coloca na sua mão e você tem que lutar, tem que ter muita fé, tem que estar sempre orando, pedindo mesmo, entendeu? Tem que ter muita força, muita união na família”.

ENTREVISTADA S30

1. O que significa, para você, participar do projeto de exercícios físicos na Universidade? “Olha... muito bom para o meu corpo, melhora tudo, minha dor... o tratamento engorda a gente”.

2. Qual foi o seu interesse inicial em participar deste projeto de exercícios físicos? “Primeiramente, pensei em tirar minhas dores, quando você me disse e eu fui... E melhorou muito minha dor. Muita amizade”.

3. Hoje, para você, o que é o câncer? O que você entende por câncer? “Aí... é difícil te falar... A descoberta é um susto, o tratamento é um sofrimento e, depois que passa, a gente vê que valeu a pena o sacrifício... Quando eu tava tratando, eu tive uma dúvida no outro peito, aí eu pensei que se tiver que passar por isso tudo de novo, eu não vou passar... hoje... eu já penso diferente: Sou obrigada a passar e vencer...”

ENTREVISTADA S31

1. O que significa, para você, participar do projeto de exercícios físicos na Universidade? “Significa que melhorou meu corpo, minhas dores. Foi muito bom”.

2. Qual foi o seu interesse inicial em participar deste projeto de exercícios físicos? “Fui porque eu não consegui pegar uma guia para eu continuar fazer a fisioterapia e até hoje não consegui... e eu sentia muitas dores... fiquei sabendo porque você me falou e eu subi... tá sendo muito bom, renovada”.

3. Hoje, para você, o que é o câncer? O que você entende por câncer? “Antes câncer era morte. Hoje não, câncer é vida... Tem jeito”.

ENTREVISTADA S32

1. O que significa, para você, participar do projeto de exercícios físicos na Universidade? “É muito bom... É um achado... Eu sempre falo: ‘Foi um achado ...’ e tá muito importante, pois consegui levar algumas pessoas para lá. O que eu quero para mim eu quero para outras pessoas também. Não consigo descrever assim como você quer não, sabe! Mas... para mim, foi muito bom... é uma coisa que... hoje eu vejo que nem todo mundo tem a coragem, tem medo. Hoje eu vejo que algumas pessoas estão mais abertas... A divulgação é principal. Apesar das pessoas estarem muito fechadas muito lá prá baixo, é difícil... Eu fico olhando... Eu vejo pelo meu braço... agora eu consigo [eleva o braço], mas o importante é o envolvimento e a persistência. Eu tenho vontade também de fazer a hidro na Universidade... tem que ter uma frequência para ter resultado. A gente vira uma família, muitas amizades... É maravilhoso... só peço para o projeto não acabar... Nunca... o que tá me acontecendo é minha coluna ficando torta pelo meu outro seio muito grande... mas eu já falei: ‘Eu não quero colocar o peito, eu quero tirar esse meu outro lado’... e eu vou fazer a cirurgia”.

2. Qual foi o seu interesse inicial em participar deste projeto de exercícios físicos? “Fui buscando uma melhora para o meu corpo, para minha vida... Eu não levantava o braço, tinha muita dificuldade de fazer as coisas em casa. Eu cedi meu lugar aqui

no hospital para outras pessoas que necessitavam mais e fui para o projeto. Como já falei, foi um achado... pois vocês são uma família”.

3. Hoje, para você, o que é o câncer? O que você entende por câncer? “Outro dia uma pessoa me ligou e falou que tava com um problema, ia ter que retirar o nódulo e pediu para eu dar uma referência... O que foi o câncer para você? Eu falei: ‘Jesus... me liga amanhã’. Eu perguntei para minha médica e ela falou: ‘Você foi uma das poucas pessoas que o câncer passou por você e você não percebeu’. E foi isso que aconteceu... o câncer passou... não sei te responder essa pergunta. O que aconteceu foi o seguinte: – Eu sabia desde o início que ia ter de tirar tudo – eu passei por tudo sozinha... a minha mãe ficou sabendo no dia que eu internei... eu sempre resolvi sozinha minhas coisas. Hoje, eu já consigo melhor.... trabalhei mais um pouco essa área... eu corro atrás, eu faço. Eu gosto que as pessoas me ocupem, eu não gosto de ocupar ninguém... Passou e eu não vi... não tive revolta, não tenho revolta, as pessoas perguntam porque comigo. E eu nunca perguntei isso... nunca... nunca me perguntei.... passou, acabou. Sei que já tô curada... toda essa cura agradeço a Deus. Pessoas que oraram por mim... [voz trêmula]. Eu não consegui ver dificuldade. Fé e faz o tratamento, perseverança no tratamento... acontecer... aconteceu, mas acabou. Não fico com isso na cabeça... tudo aquilo que você tem é merecimento seu. Se ela veio, é uma graça, é algo que você precisava alcançar... nem todo mundo tem força para alcançar. Eu tive! Cada dia a gente vence uma batalha... a partir do momento que você teve você não deixa mais. Cabe a você direcionar para o bem ou você direcionar para o outro lado, o lado ruim... Depressão. Agora eu tô naquela fase do remédio de dor no corpo e você acha que eu vou parar com minhas atividades? Nem pensar... mas eu sei que vai passar...”

ANEXO F

Cartilha de recomendações e incentivo à prática de exercícios físicos

Capa

**Fazer
alguma
Atividade
Física é
melhor
do que
nenhuma**



Projeto de extensão
UFJF - ASCOMCER
Equipe multidisciplinar
Atividades Gratuitas
Local: FAEFID - UFJF
Dias: Terças e Quintas
16-17 hs

WWW.gime.ufjf.br

Secretaria.gime@uab.ufjf



**Atividade
Física e
câncer de
mama...**



Cartilha de recomendações e incentivo à prática de exercícios físicos:

Parte Interna

Você sabia que a atividade física colabora no seu tratamento?

As pesquisas já demonstraram que quem pratica atividade física pode ter uma melhora importante em sua vida.

Por que a atividade física supervisionada?

O exercício pode reduzir o risco de câncer de mama voltar na mulher, bem como ajudá-la a manter um peso saudável, aliviar os efeitos colaterais do tratamento, aumentar a sua energia, fortalecer os seus ossos, melhorar o equilíbrio e a postura, além de promover a qualidade de vida, tornando o seu cotidiano mais feliz e agradável.

Leia sobre os muitos benefícios que o exercício pode lhe proporcionar.

Exercício aeróbio: Além das possibilidades de encontro com outras pessoas, aumenta o ritmo cardíaco, trabalha os músculos, faz você respirar mais rápido e melhor.

Alongamento: melhora os seus movimentos, inclusive dos braços.

Exercício de Força / Resistência: ajuda a pessoa a ganhar mais energia para suas atividades diárias.



A inatividade deve ser evitada.

Pergunte ao seu médico qual é o melhor momento!

A atividade física deve ser iniciada após a liberação por parte da equipe médica.



Alimente-se regularmente e sempre beba água.

Exercite-se com segurança...



Use sempre roupas adequadas e confortáveis...



A atividade em grupo proporciona prazer e amizades...

ANEXO G

Mulheres participantes do Projeto de Extensão da UFJF:



Figura 8: Mulheres do Projeto de Extensão da UFJF.
Fonte: a autora (2011).