



Faculdade de Ciências da Saúde – FACS

Curso: psicologia

A Sexualidade das Mulheres com Câncer Genital

Aline Vicente de Carvalho

Brasília,
Dezembro/ 2005

Aline Vicente de Carvalho

A Sexualidade das Mulheres com Câncer Genital

Monografia apresentada como requisito para a conclusão do curso de Psicologia do UniCEUB – Centro Universitário de Brasília.

Prof. Orientador: Fernando Luiz González Rey.

Brasília/ DF, Dezembro de 2005

Sumário

	Páginas
Resumo	03
Introdução	04
Capítulo 01: Mulher, sexualidade e câncer – uma contextualização	07
Metodologia de Pesquisa	30
Capítulo 02: O estudo de caso – análise e construção teórica	34
Conclusões	55
Referências Bibliográficas	56

Anexos:

Anexo 01: Entrevista transcrita

Anexo 02: Complemento de frase

Resumo

A mulher possui uma história de repressão e subjugação de sua sexualidade, em vista da construção social de segundo plano em relação ao homem. Atualmente vemos uma intensa liberação, mas com padrões ainda arcaicos daquelas construções perpassando as novas configurações sociais. Com isso, discutiremos a associação feita ao longo dos séculos entre mulher-útero-sexualidade, na qual o câncer genital interfere e obriga a mulher a criar novos padrões de pensamento, reorganizando-se subjetivamente de forma a adaptar-se a um novo contexto que se impõe. Entender como essa mulher reconstrói sua sexualidade após a mutilação que o câncer provoca constitui o objetivo deste trabalho, no qual um estudo de caso serve como base para a construção teórica. No caso estudado, o vínculo com os parceiros foi a peça-chave para que esta mulher pudesse exercer normalmente sua sexualidade, encontrando assim diferentes caminhos do “ser mulher”, formulando uma concepção diferente daquela construída ao longo da história.

Introdução

Dentro do tema da sexualidade das mulheres com câncer genital, este estudo pretende analisar, como problemática, de que forma a mulher reconstrói sua sexualidade após a retirada de um dos símbolos de sua feminilidade e identidade, que é o útero. Para tanto, e em primeiro lugar, será realizada uma explanação teórica a respeito das representações sociais do útero, da mulher e do câncer, para que possamos melhor contextualizar o caso a ser estudado. Além, é claro, de uma passagem teórica sobre a sexualidade da mulher, como foi construída historicamente e como se encontra atualmente.

A respeito da problemática do câncer feminino, a maioria dos trabalhos se encontra na área do câncer de mama, o que torna relevante um estudo sobre o câncer genital, que abrange todo o aparelho reprodutivo, vagina, vulva e clitóris. Por estes órgãos estarem diretamente associados à sexualidade feminina, o câncer nesse contexto incita a questão de como fica essa sexualidade quando esses órgãos são mutilados.

A metodologia utilizada consiste em um estudo de caso, em que a comunicação foi usada como base do processo, com perguntas semi-estruturadas, além de um complemento de frase, para que assim a expressão do sujeito fosse mais livre.

Como orientação básica para a análise do caso, temos a teoria da subjetividade, de Fernando Luiz Gonzáles Rey, figurando como o norte deste estudo. Logicamente, produções pessoais serão apresentadas, bem como alguns pontos de vista diferentes a respeito do tema. Porém, torna-se necessário um breve esclarecimento sobre tal abordagem. Subjetividade, para González Rey (2003) é entendida e descrita como:

(...) um sistema complexo produzido de forma simultânea no nível individual e social, independentemente de quem em ambos os momentos de sua produção reconheçamos sua gênese histórico-social, isto é, não associada somente às experiências atuais de um sujeito ou instância social, mas a forma em que uma experiência atual adquire sentido e significação dentro da constituição subjetiva da história do agente de significação, que pode ser tanto social como individual (p.202).

Nesta explicação, González Rey nos traz também a noção de subjetividade individual e subjetividade social. Esta última, consiste no “resultado de processos de significação e sentido que caracterizam todos os cenários de constituição da vida social, e que delimitam e sustentam os espaços sociais em que vivem os indivíduos, por meio da própria perpetuação dos significados e sentidos que os caracterizam dentro de um sistema de relações em que eles atuam e se desenvolvem. A atuação dos sujeitos concretos é de forma simultânea individual e social”.

A subjetividade individual se expressa e se constitui a partir social, porém não se dilui nela, mas sim toma uma forma exclusiva, referente ao sujeito, às suas emocionalidades, produções de sentidos e história pessoal. Só podemos entrar em contato com ela através da ação, da expressão livre do sujeito. Ação esta que, por sua vez, provoca mudanças na subjetividade social, numa constante processualidade e desenvolvimento.

Falaremos também em sentido subjetivo, caracterizado pela soma das unidades afetivas e cognitivas do sujeito. De acordo com González Rey (vide artigo em anexo 03):

“O sentido subjetivo está sempre envolvido na subjetividade como sistema. O sentido subjetivo representa um momento de unidade e confrontação da subjetividade social e individual. O sentido subjetivo aparece na ação do sujeito estreitamente associado com a organização de sua subjetividade individual, assim como com os processos da subjetividade social, dentro dos diferentes espaços e contextos em que atua. O sentido subjetivo é uma produção subjetiva”.

Assim, é justamente da interação do sujeito com seu meio que se darão as novas produções de sentido, que integrarão sua subjetividade individual. Este conceito será bastante útil no presente estudo, uma vez que a mulher acometida de câncer se vê obrigada a se defrontar com novas condições e configurações sociais a seu respeito, necessitando assim confrontar-se com este meio para que reorganize sua subjetividade individual nesta situação que se lhe apresenta.

Reconstruir a sexualidade diante do câncer requer abandonar antigas configurações e antigos mitos em torno destes dois temas. Assim, seguindo a teoria da subjetividade, na qual o sujeito possui caráter processual e dinâmico, posicionando-se ativamente diante do seu meio e das situações que lhe acometem, analisaremos de que forma uma mulher consegue reorganizar-se subjetivamente para que sua sexualidade continue saudável frente ao impacto do câncer genital, versando este o objetivo do presente estudo.

Cap 01: Mulher, sexualidade e câncer – uma contextualização

“Ninguém nasce mulher, torna-se mulher”!

Simone de Beauvoir

Com tal frase, Simone de Beauvoir expressou com exatidão a construção social do que é ser uma mulher, bem como o fato de que sua sexualidade deveria ser expressada da forma aceita socialmente, e não da forma que mais lhe convinha. Nenhum dos papéis sociais, algumas características ou juízos de valor atribuídos ao feminino são meramente cargas genéticas ou fatos consumados, que têm sua origem na própria alma feminina; mas antes de tudo, são construções que se desenrolaram ao longo dos séculos, seguindo a interesses e pensamentos dominantes, como tantas outras representações com as quais convivemos em nossa sociedade.

Nas palavras de Arlette Farge e Natalie Davis (apud Duby e Perrot, 1991, pp 09), “o discurso não a mostra, inventa-a, define-a através de um olhar culto (logo masculino) que não consegue senão subtraí-la a si própria”. Com a finalidade de situar o leitor em alguns fatos históricos que possam ser importantes para a presente análise, farei uma breve explanação a respeito da construção da representação social do feminino e de seu aparelho reprodutivo, como ícones arraigados na subjetividade da mulher.

Representações sociais, segundo Minayo, (apud Guareschi & Jovchelovitch, 2002, pp 89) é um “termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção retida na lembrança ou do conteúdo do pensamento. Nas Ciências Sociais são definidas como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a”. Não necessariamente são construídas por cada indivíduo e a

partir daí se elevam ao social, mas certamente se encontram presente no imaginário do sujeito, influenciando-o e sendo influenciadas por ele. E ainda, não morrem a cada geração, mas são refeitas, revistas, e atualizadas, porém mantendo ainda características de representações passadas. Nas palavras de Jovchelovitch (apud Guareschi & Jovchelovitch, 2002, pp 68) “ainda que este é o espaço que todos entram ao nascer e deixam para trás ao morrer, ele mesmo transcende o ciclo da vida de uma geração. Sua imortalidade envolve sua capacidade para produzir, manter e transformar uma história que permanece nos artefatos e narrativas humanas”.

A definição do papel que a mulher exerceu e exerce na história é de fundamental importância para entendermos as diversas expressões de sua sexualidade. Não cabe aqui querer vitimizar a mulher, porém mostrar a realidade dos fatos pois, apesar de em meados da década de 70 o feminismo ter vindo à tona, não é plausível comparar milhares de anos de história a 35 anos de emancipação. O passado e a história ainda influem na expressão sexual da mulher atual, bem como sua representação perante a sociedade, a qual irei continuar a destrinchar e, mais adiante, correlacionar ao câncer.

Para Arlette Farge e Natalie Davis (apud Duby e Perrot, 1991, pp 11), “a produção social do feminino se deu através da relação entre os sexos, bem como através da relação entre a mulher e o meio, de forma que o discurso influencia seu modo de ser e vice-versa”. Não podemos então pensar em construção senão a partir de relações. Iniciemos assim a partir da relação entre gêneros, talvez a mais marcante e relevante para o atual contexto do papel feminino, e que se deu de forma desigual, de modo a exaltar um e diminuir outro. Ainda no século XVIII, Richard Steele (apud Olwen Hufton, apud Duby e Perrot, 1991, pp 23) definiu a mulher da seguinte maneira:

*Uma mulher é uma filha, uma irmã, uma esposa e uma mãe, um mero apêndice da
raça humana...*

Ou seja, seu papel estaria voltado sempre a um homem, e em favor deste. “Aristóteles já dizia que a fêmea é fêmea porque lhe faltam qualidades, e Santo Tomás de Aquino definia a mulher como um homem defeituoso. Trata-se do significado perpetuado da criação de Eva a partir da costela de Adão: a humanidade é entendida como masculina, e a mulher é definida não em si, mas em relação ao homem” (Maria Helena Fávero, apud Gimenez 1997, pp 24).

“Foi ensinado sistematicamente à mulher que ela deveria ser uma excelente dona-de-casa e incansável mãe de seus filhos, ao invés de qualquer outra identidade possível, estimulando o trabalho ‘invisível’. A crença era de que as ‘donas-de-casa’ gozavam de boa situação, eram bem cuidadas e não podia ter queixas legítimas. A mulher sexual e a mulher profissional eram ignoradas”. (Marilene Marodin, apud Strey, 1997, pg 12). A partir daqui podemos perceber que o papel da mulher centralizava-se em suas funções reprodutivas e nas demandas advindas do homem, como fazer o jantar, arrumar a casa, cuidar dos filhos (para que pudesse trabalhar fora), e até proporcionar-lhe prazer sexual, coisa que não era digno da mulher ter. Nas palavras de Silva (2001), “e o que se deixa implícito nessa ênfase é sua função acessória em relação ao homem. Passa-se a impressão de que ela existe para servi-lo, seja como fonte de prazer, seja como a mãe de seus filhos. Ou seja, a mulher é o outro ou o objeto, mas não o sujeito”.

August Comte (Strey, Brzezinski, Bücken e Escobar, apud Stray, 1997, pp 90) e a corrente positivista já disseminavam a relação desigual entre os gêneros, ao afirmar que no homem existiria a predominância do instinto sexual, enquanto na mulher prevaleceria o instinto maternal, e que a família seria seu “reduto natural”. Ao longo da história percebemos então uma redução - e porque não dizer repressão - da sexualidade livre da mulher, através de uma supervalorização de suas funções reprodutivas. Obviamente que a repressão não foi apenas no âmbito sexual, mas no presente estudo este é o foco. Podemos ainda citar Darwin, que pregava a exclusão de todos os outros papéis da mulher, em prol de seu papel maternal e da sobrevivência da espécie.

Mais adiante, no século XIX, o pensamento dominante ainda era de que “a natureza da mulher era vista como conseqüência direta de sua fisiologia reprodutiva, que canalizava suas energias para a preparação da gravidez e amamentação, e reduzia, assim, sua energia para o desenvolvimento de outras qualidades. O resultado era uma parada precoce na evolução da mulher, o que explicava seu desenvolvimento intelectual reduzido” (Maria Helena Fávero, apud Gimenez, 1997, pp 26). Segundo Olwen Hufton (apud Duby e Perrot, 1991, pp 56), “numa síntese razoável, se havia um papel na vida adulta de uma mulher, esse papel era o de mãe e procriadora”.

Nesta linha de raciocínio reprodutiva, e sem reservas, poderemos fazer uma comparação dentre os “mamíferos”. De acordo com Simone de Beauvoir (apud Silva, 2001, pp 115), “a mulher é, dentre todas as fêmeas de mamíferos, a que mais se subordina à espécie. É a mais profundamente alienada e, ao mesmo tempo, a que mais recusa a alienação. Em nenhuma outra espécie de mamíferos a escravidão do organismo à função reprodutiva é mais imperiosa e, simultaneamente, a mais rejeitada: crises de puberdade e climatério, menstruação mensal e freqüentemente sofrida, gravidez prolongada e desconfortável, quando não francamente difícil, parto doloroso e, não poucas vezes, perigoso”. E durante muito tempo, realmente, tais “funções femininas” foram encaradas como doentias, fragilizantes, o que reduzia ainda mais o status feminino na sociedade.

Esta associação se deu mais intensamente no final do século XIX e início do século XX, em que, segundo Ehrenreich & English (2003, pp 134), “competia à medicina traduzir a teoria da evolução das mulheres numa linguagem de carne e sangue, tecidos e órgãos. O resultado foi uma tese que colocou a cabeça, o corpo e a alma da mulher como escravos de seus onipotentes órgãos reprodutivos. Escreveu o dr. F. Hollick: ‘é preciso lembrar que o útero é o órgão controlador do corpo feminino, sendo o mais excitável de todos e intimamente ligado (por ramificações de seus inúmeros nervos) a todas as outras partes do corpo’. O professor M. L. Holbrook, discursando numa sociedade médica em 1870, observou que parecia que, ‘ao criar o sexo feminino, o Todo-Poderoso fez o útero e depois construiu a mulher em torno dele’.”

Ainda um outro médico, G. L. Austin, ao escrever um manual de aconselhamentos em 1883, garante que “os ovários dão às mulheres todas as características de corpo e alma” (apud Ehrenreich & English, 2003, pp 134). Nesta época, qualquer mal que acometesse as mulheres era atribuído aos órgãos reprodutivos, e eram até feitas cirurgias de retirada do útero ou dos ovários para deixar as mulheres mais “tranqüilas”. Em Ehrenreich & English (2003, pp 138), temos que “os que sugeriam a ovariectomia diziam que a mulher livre de um ovário doente seria uma mulher melhor. Em 1893, um defensor da cirurgia afirmava que as pacientes melhoram, algumas saram, a paciente eleva sua moral, fica tratável, calma, ativa e limpa”.

Segundo o historiador G. J. Barker-Benfield (apud Ehrenreich & English, 2003, pp 138), “entre as indicações para a cirurgia estavam os casos de enfado, comer como um lavrador, *masturbação*, tentativa de suicídio, *tendências eróticas*, manias de perseguição, simples obstinação e dismenorréia (menstruação dolorosa). Na enorme variedade de sintomas, os médicos passaram a indicar a castração quando a mulher tinha forte *apetite sexual*”. Ou seja, a mulher ficaria domesticada, livre de sua sexualidade, tão abominada na época. Diz-se (Ehrenreich & English, 2003, pp 137) que a última cirurgia do tipo que se tem conhecimento foi realizada nos Estados Unidos, em 1948, para a cura da masturbação em uma menina de cinco anos de idade. Mais uma evidência de que as práticas e, principalmente, os pensamentos de uma época perduram até em tempos nos quais acreditamos estarem ocorrendo mudanças.

Assim sendo, não é difícil vermos cada vez mais a sexualidade da mulher definindo ao longo da história, em razão de um certo puritanismo ou de uma focagem excessiva em suas funções reprodutivas, como se nada mais tivesse a não ser, como citado anteriormente, seu papel subjugado em relação ao homem e seu sistema reprodutivo. Cabe ressaltar que o presente estudo não tem a pretensão de seguir correntes feministas, mas de mostrar ao leitor como e quando se formou a idéia que algumas mulheres ainda trazem arraigadas sobre si mesmas, e que aparentemente não se sabia de onde surgiu, uma vez que atualmente a “idéia” que se passa é de “total” liberdade sexual.

Assim sendo, é inegável a ligação entre o papel da mulher e sua função reprodutiva, associando-se como conseqüência feminilidade e útero – associação um tanto quanto reducionista, mas que teve implicações na subjetividade da mulher e, por efeito, em sua sexualidade. Seguidamente, observamos uma intensa repressão com relação à mulher como sujeito de vontades e desejos próprios. Se foi tolhida em seus desejos íntimos, foi tolhida sua sexualidade. Mas isso não quer dizer que esta nunca tenha se manifestado ou servido de alguma forma à sociedade: a figura feminina sempre exerceu fascínio, e isso não ficaria obsoleto. Porém, mais uma vez, sua sensualidade era pré-moldada e ilícita antes do casamento. Segundo Silva (2001, pp 217), “ao longo de quase toda a história, com um possível e breve intervalo na Grécia e Roma antigas, o sexo tem sido, na cultura ocidental de base judaico-cristã, associado ao pecado, a algo sujo e mau. Haveria uma única maneira de ‘limpá-lo’ e, em certa medida, absolvê-lo: se praticado em nome do amor ou como um dever, para a perpetuação da espécie”.

Há ainda contradições na história: de acordo com Silva (2001, pp 125), “desde cedo a mulher aprendeu que, para ter sucesso na vida, o que mais importa é ter sucesso com os homens. Aprende a força e o poder de sua capacidade de seduzir, principalmente se for atraente. Logo percebe que o exercício da sexualidade é por si mesmo uma força, e que seu corpo é um bem de valor. Valor que, explícita ou disfarçadamente, poderá negociar”. O mesmo autor afirma que esta é, felizmente, uma concepção em mutação, mas ainda resistente. Sob este ponto de vista, a sexualidade então teria sido um meio das mulheres conseguirem o que, por meios mais explícitos, não era permitido: reconhecimento e poder. Ressaltemos não a idéia de prostituição ou moeda de troca, mas sim a de que, tendo que se afirmar apenas por intermédio de um homem, a mulher percebeu que sua sexualidade – sensualidade - era mais visada pelo universo masculino. Ainda que algumas correntes feministas ataquem este fato, antropologicamente ele confere com nossa cultura. A mulher não usou sua sexualidade em benefício próprio, mas como forma de manipulação.

“O status e a segurança de uma mulher estão, em muitos casos, condicionados pelo grau em que ela exerce atração nos homens, independente de suas habilidades,

interesses ou outros valores pessoais: portanto, para essas mulheres, não estar *bem* ou *bonita* pode constituir-se em grave fracasso, levando à perda da auto-estima e à insegurança” (Penna, 1989, pp 31). O corpo e as atitudes femininas sempre representaram formas de expressão de sua sexualidade, ainda que reprimidos.

A mulher nunca quis ou se submeteu facilmente ao papel imposto a ela. Como sujeito de desejos e pensamentos próprios, ela criticou e discutiu cada equívoco cometido pelo patriarcado. Podemos citar as primeiras correntes feministas, que exigiam – e conseguiram – o direito ao voto; bem como várias outras autoras que levantavam sua voz em razão da causa feminina, como Simone de Beauvoir, Pagu, e Virgínia Wolf. Ainda, de acordo com Silva (2001, pp 133), “na virada para o século XX, Mary Wollstone-Craft atacou a idéia de que faltassem, às mulheres, ‘apetites e paixões comuns à sua natureza’. Victória Woodhull defendeu a auto-determinação sexual para as mulheres como um direito inalienável, ao passo que Ema Brooke e Olive Schreiner pregavam que a ‘paixão sexual’ era uma força tão poderosa na mulher como no homem. Vera Britain propôs o ensino de ‘técnicas detalhadas da relação sexual’, a abolição da censura, a aceitação das ‘uniões experimentais’ e a franqueza geral. Maria Stopes salientou a importância dos homens aprenderem a dar prazer sexual às mulheres”.

Vemos mulheres lutando por mudanças, que só serão acatadas ao longo do tempo, e não de uma hora para outra; no entanto é a partir dessas críticas que ocorrem as mudanças na subjetividade social. Segundo González Rey (2003, pp 234), “o sujeito é a expressão da flexibilidade da consciência crítica. Não tem projetos sociais progressistas, de mudança, sem a participação de sujeitos críticos que exercitem seu pensamento e, a partir da confrontação, gerem novos sentidos que contribuam para modificações nos espaços da subjetividade social dentro dos quais atuam”. Há também o caráter processual da subjetividade individual, que possui capacidade de assimilação e modificação de conceitos: “a organização da subjetividade individual tem na ação intersubjetiva um momento permanente da expressão e de confronto que garante a processualidade de sua organização dentro de um processo de desenvolvimento permanente ao longo da vida” (González Rey, 2003, pp 236).

Mas, como regra, sempre houve exceções: nem todas as mulheres concordavam com as críticas, e continuavam passando antigos valores aos seus descendentes. De acordo com Simone de Beauvoir, em 1949 (pp 22), “uma das maldições que pesavam sobre a mulher está em que, em sua infância, ela é abandonada às mãos das mulheres”. Uma frase bastante crítica e por vezes dura de se ouvir, mas que tem sua pertinência, uma vez que os antigos valores, mesmo que infundados, são passados de geração em geração, dificultando uma mudança mais profunda da subjetividade social e, no caso do assunto aqui abordado, contribuindo para que a sexualidade da mulher continue a ser reprimida.

A partir da década de 70, com a explosão do feminismo, da liberação sexual, da emancipação trabalhista e política feminina, percebemos grandes mudanças na representação social com relação ao gênero. Em 1988 a nova Constituição Federal incorporou as mudanças de pensamento que vinham acontecendo, e legalizou a igualdade entre homens e mulheres, dando maior liberdade e direitos a estas. A questão da “causa natural”, que justificava a inferioridade feminina e seu papel exclusivamente reprodutor, foi colocada em questão. De acordo com Fávero (apud Gimenez, 1997, pp 28), “só nos últimos 20 anos passou a ser enfaticamente questionada, sobretudo por influência do movimento feminista e da bandeira da igualdade entre o homem e a mulher”. Inclusive a questão dos estereótipos foi colocada em xeque através de diversas pesquisas.

Na mesma época, a explosão dos filmes pornográficos influenciou para que a genitalidade viesse à tona, ganhando os cinemas e até as casas, contribuindo para que as relações ficassem mais centralizadas nos órgãos genitais, e mais objetais; o que colaborou, infelizmente, para a centralização genital feminina, de forma um pouco diferente daquela de algumas décadas atrás, mas ainda reducionista. O sexo em si ficou mais idealizado, através das atrizes pornô em cenas irreais, incitando uma comparação entre o real e o imaginário, sendo este último o ideal buscado. Como mostra Segal (1994, pp 17), “desde 1960 que os livros, os filmes, a televisão e as revistas têm apresentado explicitamente o sexo, o que, para alguns, pode ser benéfico. Mas, para outros, fornecem dados irreais sobre o que é sexualmente normal”.

Parece que para romper com toda aquela repressão fomos de um extremo ao outro. Não quer dizer que a “liberdade” que temos hoje seja mais “saudável”. De acordo com Guillebaud (1999, pp 423) “esta biologização do sexual chegou atualmente ao seu máximo. O prazer se tornou pura questão de anatomia, de mercado e esporte (esperando ainda vir a ser cibernético). Ele é prestação de serviço, satisfação de apetites ou performance. Embebedado diante de todos os “possíveis”, o individualismo contemporâneo retrocedeu a efusão voluptuosa ao nível de uma predação imediata e sem futuro, isto é, de uma função corporal forçosamente mais solitária ainda, em seu princípio, do que o ato de comer ou de beber”.

Também o advento de métodos anticoncepcionais mais eficientes fez com que a preocupação de uma possível gravidez reduzisse, ocasionando maior liberdade sexual às mulheres. “O avanço científico possibilita desvincular sexo-maternidade e abre-se, para a mulher, a possibilidade de usufruir sua sexualidade sem as conseqüências de uma gravidez. Os diversos métodos anticoncepcionais que chegaram ao Brasil por volta de 1960/61 estão cada vez mais difundidos e comercializados. A mulher descobre seu prazer sexual e é reconhecido o seu direito de controlar a reprodução. Muda a concepção biológica através das pesquisas de Master & Johnson sobre a fisiologia do coito e da sexualidade do casal. Há a redefinição da sexualidade humana na busca da satisfação mútua, e não mais só do prazer do homem. As descobertas da ciência permitem ao homem uma maior longevidade. No contexto psicológico, encontramos uma valorização do indivíduo como ser diferenciado, buscando a felicidade e a realização pessoal, sexual e profissional. Há a ênfase na busca da “individação” (Marodin, apud Strey, 1997, pp 13). É possível ressaltar que tais métodos anticoncepcionais não foram disseminados em razão de proporcionar maior liberdade às mulheres, mas sim para conter uma explosão demográfica.

Voltando um pouco na história, não podemos deixar de citar a revolução industrial do século XVIII e a entrada das mulheres no mercado de trabalho. Constituíam uma força poderosa nas indústrias, porém não deixaram seu antigo papel, apenas incorporaram mais um. Com este marco, alguns questionamentos sobre as capacidades da mulher foram levantados e, já no final do século XIX, ainda se pensava

na polêmica dupla cérebro versus útero: para os médicos, fisiologicamente, não havia uma possibilidade de coexistência pacífica entre os dois. Segundo Ehrenreich & English (2003, pp 140), enquanto os homens deveriam guardar energias para as “funções superiores” e não desperdiçar sua semente (esperma) em relações conjugais, vícios ou sonhos ardentes, as mulheres deveriam resistir às tentações do cérebro e investir toda a sua energia no útero e em suas funções reprodutivas que, segundo tais médicos, era a única finalidade da mulher na vida. Inclusive, a mulher que se mostrasse um pouco mais “sensual” ou liberta sexualmente era considerada uma “vampira consumidora de esperma que deixava os homens fracos, esgotados e efeminados”.

Este pensamento ainda se reflete hoje, em que as mulheres constituem a grande força de trabalho não reconhecida. Segundo o relatório de 1995 do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (Petersen, apud Strey, 1997, pp 24), as mulheres são hoje responsáveis por 70% das horas trabalhadas em todo o mundo, mas, em contrapartida, detêm somente 10% da renda mundial. Por mais que atualmente grande parte das mulheres sejam independentes e inseridas no mercado de trabalho, não significa que aquele pensamento de um século atrás tenha desaparecido por completo. De acordo com Petersen (apud Strey, 1997, pp 20), “nas últimas décadas, a situação social da mulher brasileira parece ter se alterado, consideravelmente, especialmente no mercado de trabalho e nas faculdades. Porém ainda estamos longe de uma total igualdade entre gêneros”. Assim, é possível fazer um paralelo com a sexualidade que, por mais liberdade que vemos no comportamento de algumas mulheres atualmente, bem como na mídia, não significa que aquela construção histórica detalhada neste estudo tenha se extinguido.

De acordo com Guillebaud (1999, pp 414), “a moral sexual, tomada em sua acepção coletiva, não se decreta, sob pena de se tornar puramente repressiva ou policialesca. Ela se inscreve dentro de um processo simbólico, construído ou destruído pouco a pouco; ela se alicerça em um corpus de representações majoritariamente partilhadas e que procedem, por sua vez, de um tempo prolongado e de lógicas lentas. São estas representações que, na maior parte das vezes, ficam gravadas em nós,

mesmo à nossa revelia. Estes sistemas simbólicos, como vimos, vão e vêm, se transformam e se desfazem, se esgotam e se reconstroem. Eles representam a verdadeira pegada da História, ao passo que nossos ruídos são apenas seu murmúrio. Isto quer dizer que, por trás da teatralidade de nossas querelas, jazem questões bem mais fundamentais”.

Podemos observar, atualmente, vários discursos defendendo a liberação sexual, a mudança nas relações entre gêneros, dentre outros avanços não referentes a este estudo. Mas cabe questionar se a subjetividade de pessoas que nasceram e foram criadas muito antes destas transformações conseguiu incorporá-las totalmente. É o caso de mulheres que atualmente têm câncer. A faixa etária destas mulheres varia de 45 a 60 anos, e suas idéias e pensamentos caracterizam uma outra época, a ponto de não podermos ter a certeza de que não há resquícios de toda aquela associação entre feminilidade-sexualidade-útero, construída socialmente a milhares de anos, nem se estas mulheres conseguirão modificar estas idéias em sua subjetividade tão bruscamente, a fim de adaptar-se às novas formas de obtenção de prazer, bem como à retirada do símbolo do “ser mulher” embutido em sua subjetividade. Como explica González Rey (2003, pp 207), “novas formas de sociabilidade irão desenvolver-se acompanhando os paradigmas emergentes. Mas não se estabelece uma dominação absoluta – holismo e tradição permanecem em áreas amplas da vida social e do sistema de representações”. Assim, não é porque novos pensamentos emergiram que os antigos desaparecem por completo. Avaliemos então a questão do câncer na história.

O câncer vem se transformando num dos flagelos da humanidade, e cabe aqui também fazer um histórico de suas representações na sociedade. Há relatos do câncer desde antes de Cristo, porém atualmente esta doença está crescendo assustadoramente e matando, segundo a Organização Mundial de Saúde, seis milhões de pessoas ao ano, sendo a terceira maior causa de morte no mundo. No Brasil, é a segunda causa de mortes por doença. O câncer do colo do útero é o mais fácil de ser prevenido, entretanto o câncer genital ainda está em primeiro lugar em estatísticas de morte nos países subdesenvolvidos, por falta de sistemas de prevenção. Nos países

desenvolvidos, já esteve em primeiro lugar, mas atualmente está em terceiro ou quarto, devido à implementação destes programas. No Brasil, o câncer genital encontra-se em terceiro lugar nas estatísticas.

Conceituando, segundo Mayol (1989, pp 15), “câncer é um termo genérico dado a qualquer tipo de proliferação anormal de células, de forma desordenada e rápida, diferenciando-se do tecido de origem, ultrapassando seus limites e disseminando-se primeiro pelas estruturas vizinhas e, depois, pelo resto do organismo. A célula cancerosa levada pelo sangue a um outro órgão mais distante, ali pode se instalar, passando a reproduzir-se, formando um outro tumor, que é a metástase”.

De acordo com Sant’Ana (apud Gimenez, 1997, pp 43), o câncer possui uma história repleta de “imagens de vergonha”. Vergonha de abrigar um mal marcado pela imagem da corrosão, do desregramento orgânico ou do castigo divino. Havia também, a idéia de que o câncer era contagioso, que começou a ser propagada no século XVII, e só veio a ser desvinculado dessa idéia por volta da metade do século XX. Segundo Sant’Ana (apud Gimenez, 1997, pp 46), “acreditava-se que o câncer poderia ser contagioso em ambientes pouco adeptos á limpeza, ou em organismos amantes dos excessos de prazer (...), aconselhava-se a notificação para o isolamento relativo e a desinfecção séria em caso de morte nas casas de cancerosos”. A associação entre pobreza, falta de higiene, promiscuidade e câncer era inegável.

Além disso, estava associado á idéia de pecado, e a pessoa que desenvolvia um câncer deveria carregar alguma culpa. A pessoa acometida era considerada “impura”. Segundo Sant’Ana (apud Gimenez, 1997, pp 47), “câncer, cancro, sífilis, lepra, na imprensa e em diferentes manuais de higiene, estas moléstias possuíam em comum o fato de abrigar uma suposta natureza avessa à vida virtuosa e limpa”. Atualmente, a idéia de câncer genital ou retal e vergonha, promiscuidade, ainda pode perdurar pelas estatísticas: 98% dos casos de câncer genital são causados pelo vírus HPV. Fato que não tem relação real com promiscuidade, seria uma afirmação infundada, mas que no imaginário social pode ser amplamente difundida. Na metade do século XX (Sant’Ana, apud Gimenez, 1997, pp 56), vemos médicos dizendo que são os indivíduos “frígidos e impotentes”, “pervertidos sexualmente” ou “doentes do sexo” que se tornam presas

fáceis do câncer. Aqui já podemos observar uma associação perigosa entre câncer e sexualidade, como se quem exercesse sua sexualidade “pagasse” com um câncer.

Tudo isso colaborou para que o canceroso fosse condenado a, além de sofrer com a doença, ser isolado da sociedade. O silêncio fez por muito tempo parte da doença: não era uma situação a ser comentada, mas condenada à resignação devido à vergonha e à culpa. Sant’Ana (apud Gimenez, 1997, pp 52) explica que, dentre outras doenças graves, o câncer permanece aquela mais freqüentemente submetida ao silêncio, envolvendo-se numa áurea de mistério e de pouca informação: “não falar sobre câncer no passado implica em dificuldades para abordar o assunto no presente”.

Uma outra associação histórica foi de câncer e mutilação. Antoine Furetière, (Sant’Ana, apud Gimenez, 1997, pp 50), no século XVII, definia que o “câncer vem das carnes e as devora pouco a pouco, como se fosse uma gangrena”. Assim, “é freqüente a imagem de corrosão, como se o câncer fosse um verme, levando o doente a adquirir aspectos desumanizantes” (Sant’Ana, apud Gimenez, 1997, pp 51). Obviamente que a idéia de câncer como um verme não perdurou até os nossos dias, mas a de mutilação é, talvez, a que mais assombra depois da idéia de morte. Devido aos precários estudos nos séculos anteriores e falta de tratamentos adequados, temos uma outra associação direta: câncer e morte. Até o início do século XX, as pessoas, na esmagadora maioria dos casos, realmente estavam condenadas à morte, resignadas às margens da cultura até o seu “destino” final. Porém, atualmente, os avanços científicos têm proporcionado um bom percentual de prevenção, diagnóstico e cura. Mas como a morte ainda está presente em alguns casos, esta associação perdura e assusta quando a notícia do câncer é recebida.

Apenas nas décadas de 30 e 40 do século XX os argumentos de ordem interna e fatores comportamentais apareceram relacionados ao câncer. Estes fatores internos eram fisiológicos ou psíquicos. De acordo com Sant’Ana (apud Gimenez, 1997, pp 55), alguns médicos falavam do “trauma emocional” como um dos fatores causadores do câncer, mas este discurso ainda era muito vago, e as causas externas eram mais bem definidas e aceitas pela medicina da época. Mas constitui-se já um avanço no sentido de não encarar o câncer de forma puramente fisiológica, mas inserido em um contexto:

contexto este que deverá, atualmente, ser levado em conta no tratamento contra a doença.

A partir desta visão voltada parcialmente para o interno, nos últimos anos, também “tem sido dada atenção ao estresse produzido por alguns rótulos diagnósticos sobre a saúde e o comportamento dos indivíduos que são declarados doentes pelo médico, como por exemplo, “você tem câncer”. O diagnóstico pode afetar os sintomas, o comportamento, os relacionamentos sociais, o prognóstico, a autopercepção pelo paciente e as atitudes de terceiros. Esses fatos podem ocorrer mesmo quando a doença não é confirmada. Isso decorre das crenças leigas sobre a origem, o significado e a severidade da doença. Os pacientes passam a se comportar como deficientes e a família e os amigos passam a tratá-los de modo especial, incentivando a tomar certas precauções. Como as atitudes são modeladas pelas crenças culturais acerca dos significados das doenças, os rótulos diagnósticos são vistos, por vezes, como cumprimento de profecias” (Kowalski & Sousa, 2002, artigo).

A dor, o cheiro, a corrosão do corpo, a solidão, as crenças errôneas, todos são fatores que contribuem para que o câncer seja visto como algo que destrói o humano, que lhe tira todas as possibilidades de uma vida “normal”. Relacionando à sexualidade, o câncer pode aparecer como o vilão, aquele que rouba qualquer possibilidade de prazer e feminilidade existente na mulher, especialmente quando se instala naquele que, historicamente – como vimos – seria o mais valorizado aspecto feminino: seu aparelho reprodutivo.

Tem-se aqui, por sexualidade, não apenas o sexo em si, mas tudo o que o envolve, e envolve também uma relação entre os gêneros. A sexualidade, segundo Martini (1995, pp 56), “é uma realidade que interessa à pessoa inteira, e não apenas ao seu corpo (...), faz parte da dimensão essencial da pessoa humana, interessa ao ser humano por inteiro, e pode usá-la para o bem ou para o mal. Não se resume apenas ao sexo genital, como os animais: é cheio de significações e subjetivações, não podendo estagnar apenas no físico”. Estaríamos falando, então, de toda a movimentação de uma mulher para sentir-se como tal, usufruir sua feminilidade, em relação a ela mesma e a uma outra pessoa, além de, é claro, a função sexual em si. O foco deste estudo é

que a mulher exerça sua sexualidade da forma como deseja, e com a plenitude por ela valorizada.

A sexualidade feminina, como construção social, difere da masculina em alguns aspectos mas, como visto anteriormente, tem a mesma força existencial, apenas foi mais reprimida ao longo dos séculos. Como consequência desta construção, temos que (Guérin, 1980, pp 58) “contrariamente aos homens, as mulheres sentem necessidade de serem excitadas através do tato em todas as partes do corpo, antes que sua atenção se concentre nas partes genitais. Censuram freqüentemente seus parceiros por se interessarem somente pela excitação genital e pela penetração imediata. Podem encontrar considerável prazer em uma excitação sexual que não desemboque no orgasmo, e concedem importância maior do que o homem aos aspectos sociais de uma ligação. Sua excitabilidade depende tanto da imaginação quanto a dos homens. Trata-se, porém, de uma imaginação de natureza diferente – até por que a construção dos gêneros masculino e feminino se deu de forma diferente – pois a dos homens concentra-se muito nas seduções puramente físicas e plásticas, e a das mulheres, em seduções de ordem espiritual ou social”. Convém lembrar que não estamos falando aqui da totalidade da população feminina, mas de sua maioria, e baseada em pesquisas. Desse modo, caberá a cada mulher observar como funciona a sua sexualidade.

Observamos então, por parte dos homens, uma “genitalização”, e por parte das mulheres, um foco mais relacional e social da sexualidade. Segundo Guérin (1980, pp 58), “ao passo que a maior parte dos homens se excita com a visão dos órgãos genitais da mulher, mais da metade das mulheres jamais se excita simplesmente ao ver os órgãos genitais masculinos”. Kinsey (apud Guérin, 1980, pp 60), relembra que “a anatomia de um e de outro sexo não apresentou diferenças que possam explicar as disparidades de suas reações sexuais. Não há razão alguma para acreditar que a natureza fisiológica do orgasmo seja diferente na mulher média, em relação ao que acontece com o homem médio. A única diferença fisiológica constatada é que a mulher tem necessidade, para atingir o prazer, de estimulação tátil suficientemente prolongada. O que difere essencialmente é a capacidade de reagir a estímulos

psicológicos”. Para Daniel Guérin (1980, pp 61), esta disparidade proviria de fatores culturais: as mulheres são socialmente condicionadas. A prova é que, nos últimos sessenta anos, “coincidentemente” na época de grandes transformações do feminismo, a frigidez feminina decaiu consideravelmente.

No Relatório Hite (1976, pp 182 e 183) encontramos que, “na verdade, as mulheres não demoram mais que os homens para gozar. No estudo de Kinsey a maioria levava quatro minutos para gozar na masturbação, como as mulheres neste estudo. Obviamente, é apenas devido a estímulos inadequados, secundários ou insuficientes, como no coito, que levamos mais tempo e precisamos de ‘preliminares’ prolongadas. As mulheres não precisam de preliminares na masturbação para poderem gozar, a chave é o estímulo adequado”. Durante séculos centrados no seu próprio prazer, os homens não aprenderam sobre a sexualidade feminina e o modo adequado de dar-lhes prazer.

A partir dos estudos mais profundos sobre sexualidade e sobre a mulher, o orgasmo feminino vem sendo foco de polêmicas. Inicia-se com a declaração de Freud de que o orgasmo vaginal, com a penetração, era digno de uma mulher madura, com suas questões bem resolvidas, e que um orgasmo clitoriano seria uma imaturidade, uma fixação adolescente ou infantil. Vimos assim o orgasmo indicado se tornar uma obrigação. Logo depois vieram o Relatório Kinsey e o Relatório Hite, escutando diversas mulheres sobre sua real sexualidade. Além disso, Masters & Johnson também contribuíram para alguns esclarecimentos. De acordo com Hite (1976, pp 171 e 180), “a pressão para que as mulheres tenham orgasmo no coito é tão grande que uma impressionante quantidade de mulheres fingem orgasmo – algumas, poucas vezes, outras, às vezes, mas há mulheres que afirmam isso todas as vezes. Insistir que as mulheres precisam gozar no coito e do coito, é forçá-las a adaptarem seus corpos a estímulos insuficientes. A dificuldade e os fracassos que acompanham as tentativas provocam sensações de insegurança e raiva”.

Voltando á polêmica levantada por Freud sobre clitóris e vagina, “a maioria dos pesquisadores e terapeutas sexuais concordam que para provocar o orgasmo feminino a penetração é menos eficiente do que o estímulo na área clitoral. É possível que a

penetração puxe a pele próxima ao clitóris de um modo adequado a provocar o orgasmo, e isso pode acontecer regularmente para uma pequena percentagem das mulheres – mas não para a maioria das mulheres na maior parte do tempo” (Hite, 1976, pp 187). A maioria esmagadora das mulheres (70%) declaradas no Relatório Hite obtinha prazer no coito apenas quando seu clitóris era devidamente estimulado, ou seja, a vagina em si, não era tão valorizada para obtenção de prazer quando comparada o clitóris. Daí veio também a importância do auto-conhecimento e do uso de técnicas masturbatórias durante a relação sexual. De acordo com Hite (1976, pp 209 e 210), geralmente as mulheres que obtinham orgasmo no coito eram as que, num certo sentido, se encarregavam pessoalmente disso, não esperavam “receber” automaticamente o orgasmo da atuação do parceiro. “Você tem que se preocupar consigo e querer se satisfazer, e sentir que é seu direito. Tem que fazer o que quer que seja preciso para isso – ou pedir ao outro, clara e especificamente”. Vemos, então, que o que as mulheres querem são outras formas diferenciadas de prazer, não apenas o coito em si, institucionalizado como o “certo a se fazer”, o “natural”.

Segundo Segal (1994, pp 21), “após os anos 70 o comportamento sexual sofreu alterações que incluíram novas formas de sexo, por exemplo, o sexo oral e oral-genital. Mas não se modificou a noção de que somente o sexo genital pode tornar o ato sexual completo, a despeito das demais zonas erógenas do corpo como áreas de prazer”. Esta pode ser uma herança da extrema valorização do sexo como forma de reprodução, e não de obtenção de prazer, institucionalizado como “pecado” pela Igreja católica e pelo patriarcado.

“Como o coito foi definido como a forma básica da sexualidade, a única forma natural, saudável e moral de contato físico, foi automaticamente assumido como a única ocasião em que a mulher pode ter orgasmo. Desde o começo do patriarcado que a forma de expressão sexual tem sido o coito heterossexual, que é a única forma de prazer sexual realmente permitida em nossa sociedade. Como corolário da institucionalização do coito heterossexual deu-se o aviltamento e a supressão de todas as outras formas de sexualidade e de contatos íntimos para o prazer – o que explica o horror histórico que nossa cultura tem da masturbação, do homossexualismo, ou

mesmo dos beijos, dos contatos físicos íntimos ou de carícias entre amigos” (Hite, 1976, pp 161). Já agora, no século XXI, algumas mudanças de pensamento a este respeito atingiram maior número de pessoas, mas ainda sobrevivem em alguns espaços sociais

Durante ou depois do câncer genital, a mulher terá que buscar algumas adaptações para voltar à sua vida sexual, o que é possível. Segundo Segal (1994, pp 39 e 40), “prazer e satisfação sexual são possíveis, mesmo que alguns aspectos da sexualidade tenham se alterado. Durante o tratamento do câncer, há momentos em que a relação sexual não é viável, e nesse ponto torna-se importante procurar novos caminhos para obtenção de prazer, como carícias e auto-estímulo”. O importante é que não seja negada a possibilidade de sentir o prazer sexual e a vida novamente, por essa quebra que a rotina sofreu. Ainda a mesma autora nos diz que as pacientes deveriam ser encorajadas a expandir sua noção de sexualidade para além do sexo e alcançar outras experiências e prazeres em um relacionamento. A sexualidade pode significar “sentir-se bem” por ser homem ou por ser mulher, pode ser uma preocupação com a aparência e com as roupas; ou pode ser a satisfação encontrada nos relacionamentos diários com os outros. A maneira de expressar a sexualidade é escolha de cada um.

É importante, portanto, avaliar como a mulher cancerosa costumava expressar sua sexualidade antes do câncer, como se formou sua subjetividade a respeito da sexualidade, da feminilidade e do seu papel de mulher, pois isso certamente irá influenciar na facilidade ou dificuldade de enxergar outras fontes de prazer. Como vimos, a sexualidade feminina tem uma história de repressão, que apenas há algumas décadas vem sendo mais fortemente transformada; o “ser mulher” estava associado ao aparelho reprodutivo, e uma de suas “funções” era dar prazer sexual ao marido. Para que a reconstrução de sua sexualidade se dê de forma tão brusca, é necessário que esta mulher disponha de apoio familiar e social, fatores que influem diretamente na construção do individual, e que mexam consistentemente em sua emoção e pensamento. De acordo com González Rey (2003, pp 235), “o sujeito é sujeito de pensamento, mas não de um pensamento compreendido de forma exclusiva em sua condição cognitiva, e sim de um pensamento entendido como processo de sentido, ou

seja, que atua por meio de situações e conteúdos que implicam a emoção do sujeito”. Ou seja, não há como haver mudanças se não houver uma mobilização da emoção e do pensamento do próprio sujeito.

González Rey (2003, pp 219) também nos fala de fatores históricos e extra-contextuais influenciando a expressão da subjetividade individual. “A maneira como os sujeitos configuram sua participação no contexto presente não depende somente desse contexto. Visto que os contextos sociais estão inter-relacionados na estrutura da prática social e visto que os sujeitos conduzem suas vidas participando de vários contextos, essas inter-relações e suas preocupações com outros contextos lhes interessam. Em virtude dessa complexidade contextual, as razões dos sujeitos para participar de forma particular no contexto presente, também estão relacionadas de maneiras diversas em suas preocupações com outras partes de sua vida, com outros contextos. Seus modos locais de participação não estão só fundamentados no contexto imediato”. Assim a nova expressão sexual da mulher se dará em relação aos contextos de sua vida, e dependendo dos fatores históricos envolvidos: “a subjetividade individual se produz em espaços sociais constituídos historicamente; portanto, na gênese de toda a subjetividade individual estão os espaços construídos de uma determinada subjetividade social que antecede a organização do sujeito psicológico concreto, que aparece em sua ontogenia como um momento de um cenário social constituído no curso de sua própria história”.

Com o câncer instalado, pode ocorrer dor, sangramento, corrimento, falta de desejo dentre outras complicações relativas a cada mulher, e há ainda a iminência da morte, presente no imaginário dos cancerosos. Como explica Segal (1994, pp 41), “homens e mulheres poderão experimentar a perda do interesse sexual durante o tratamento do câncer, pelo menos temporariamente. No início, a questão da sobrevivência evidencia-se de tal forma que a necessidade sexual se torna insignificante. Esse fato é bastante normal, pois ninguém se preocupa com o sexo quando sua vida está ameaçada”. Mas vale lembrar que isso não significa que a questão da sexualidade não passe pela cabeça da mulher em algum momento da doença, e este é um dos fatores que iremos averiguar neste estudo. Pode ser que

ocorra também uma revisão de seus papéis, prejudicando sua auto-imagem: “a mulher que acredita que sua feminilidade está vinculada ao seu papel de esposa, mãe e administradora do lar, experimentará problemas se estiver incapacitada de cumprir esses papéis” (Segal, 1994, pp 36). Estando sua feminilidade comprometida, vivenciará problemas com sua sexualidade. Para a mesma autora, a identidade e a imagem do corpo estão intimamente associadas à sexualidade, e também esta pode ser prejudicada com a crise de identidade.

Uma outra questão se coloca quando o assunto é câncer e sexo: a faixa etária das mulheres com câncer é de 45 a 60 anos, período em que as mulheres já se encontram numa queda da atividade sexual e diminuição da libido. Este é um dos tabus que persistem atualmente, de forma errônea. Segal (1994, pp 17 e 19) nos diz que “muitas pessoas ainda acreditam que a atividade sexual é própria da juventude e que o desejo e a habilidade sexual desaparecem com a idade. Crenças que não passam de mitos. Homens e mulheres podem ser sexualmente ativos até o fim da vida”. O que acontece como os homens é que o período refratário (intervalo entre um orgasmo e outro) aumenta com o avanço da idade; em compensação as mulheres não possuem período refratário, e podem experimentar orgasmos múltiplos, um seguido do outro. O que pode ocorrer são alterações na lubrificação e na dilatação do canal vaginal, contornáveis com lubrificantes artificiais e exercícios de relaxamento do períneo, bem como uma alteração na sensação do orgasmo e na sua frequência, o que não quer dizer que houve uma parada da vida sexual.

Para Estapé (apud Dias & Durá, 2001, pp 486), de fato, o paciente com câncer, cuja média de idade é mais ou menos 60 anos, é candidato a um novo potencial de alteração sexual. Não obstante e, como veremos mais adiante, não há que ter prejuízos a respeito, pois, nem sempre é verdade que as pessoas de idade avançada tenham abandonado suas relações sexuais ou que, em si, lhe dêem menos importância. “A idade avançada pode significar um câmbio quantitativo e/ou qualitativo na relação sexual, mas não é equivalente ao desaparecimento deste aspecto na vida das pessoas” (idem).

A grande questão está no imaginário, e não apenas no fisiológico: “o cérebro é o mais importante de todos os órgãos sexuais, quando somos jovens e quando amadurecemos. A maioria dos terapeutas especializados em sexo acha que a preocupação com o sexo em geral é mais problemática do que qualquer mudança física ou sexual propriamente dita. É quase impossível ter prazer com o sexo se você está preocupada ou ansiosa a respeito. Qualquer que seja o problema biológico, quando se trata de sexo, sua atitude é que vai determinar sua capacidade de lidar com ele” (Landau, Cyr & Moulton, 1994, pp 67). Ocorre assim para todos os humanos, e aplica-se às mulheres cancerosas, que vêm seu corpo sendo corroído e mutilado, e podem pensar que sua vida sexual e sua feminilidade estão extintas, o que não é exatamente verdade. Estarão extintas sim, se assim elas o quiserem.

Assim, mostra-se possível continuar a exercer a sexualidade após um trauma corporal causado pelo câncer. Mas vimos que não são apenas fatores biológicos os determinantes neste caso, mas também fatores históricos, subjetivos, crenças e apoio social estarão influenciando no momento da re-significação subjetiva da mulher, e que ela terá que lidar com estes fatores mais fortemente do que com seu novo estado biológico. Tudo dependerá de como a mulher enxergará seu novo corpo, e não necessariamente do fato isolado em si.

As estatísticas mostradas por Estapé (apud Dias e Durá, 2001, pp 487 e 488) em seus estudos no ano de 1993, com 165 pacientes argentinos com câncer, são preocupantes. Como resultado, temos que, dos 94 pacientes com vida sexual ativa antes do câncer, 46,8% a haviam interrompido totalmente a partir das suspeitas da enfermidade. Por outra parte, 27,66% haviam reduzido a frequência das relações, e 25,54% manifestaram manter a mesma frequência das relações sexuais. Um outro dado importante é que as mulheres manifestaram mais alterações sexuais. Entendendo como a mulher foi construída na história, não fica difícil saber o por quê deste dado. Como conclusão, Estapé (pp 488) nos explica que o câncer potencializa as alterações sexuais, ao menos no primeiro momento posterior ao diagnóstico. No mais, é fundamenta ter e conta a função sexual prévia, pois são mais vulneráveis a padecer de

disfunções sexuais aqueles pacientes com menos satisfação antes da enfermidade. O câncer se mostrou, assim, um potencializador de conflitos subjacentes.

Obviamente que o câncer em si, como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia são potentes inibidores da sexualidade, de acordo com Estapé (2001, pp 485), a começar pela debilidade e cansaço que deixam o paciente, além da ansiedade e da depressão, que afetam diretamente a função sexual até de uma pessoa em estado de saúde normal. A auto-estima também é um fator influente no orgasmo, e que pode estar afetada na mulher cancerosa. Mas, diante de todas as explicações, é inegável também o fator psicológico e o fator social das disfunções sexuais em função do câncer.

Na cirurgia para retirada do câncer genital, na maioria dos casos o clitóris é preservado, podendo assim manter o orgasmo feminino. Porém, a questão se dá quando o clitóris é retirado: seria possível uma vida sexual prazerosa? E mesmo naquelas mulheres em que o clitóris é mantido, mas ainda assim não conseguem prazer? Que fenômeno explicaria a reconstrução da sexualidade após a cirurgia e os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, tão invasivos? Teoricamente, não seria difícil responder a algumas destas perguntas, pois é comprovado fisiologicamente que a mulher pode voltar a ter uma vida sexual após o câncer, dependendo de sua gravidade. Mas isto se estivéssemos falando apenas no campo fisiológico, nos esquecendo de que os processos simbólicos que perpassam a subjetividade da mulher cancerosa, bem como sua formação, seu processo emocional e de pensamento, e as crenças sociais e históricas presentes, influenciam seu processo de cura e qualidade de vida e, no caso deste estudo, qualidade sexual.

Em resumo, a sexualidade está presente e é ponto importante na vida de qualquer indivíduo. Por mais reprimida que seja, ou ainda exacerbada, não há como dizer que não exista e que não faça parte do humano. O sexo já é assunto popular, e está cada vez mais difundida a idéia de um ser humano altamente genitalizado e sexualizado. A história da mulher não contribuiu para uma liberdade sexual, no sentido de poder exercê-la da forma que melhor lhe cabia, dificultando assim fazê-lo agora com o câncer, e de forma brusca. O câncer é outro fator que está cada vez mais presente

em nossa sociedade, que ainda assombra pela devastação do corpo e pelas formas invasivas de tratamento, além da associação histórica entre este e a idéia de abandono, mutilação e solidão. Ao pensarmos então em câncer genital feminino, vemos logo a idéia de maternidade, sexualidade e de “ser mulher” no mundo. O ponto central deste trabalho está na sexualidade, porém não serão ignoradas as outras duas facetas. Com a presença do câncer no corpo, a noção de sobrevivência tende a prevalecer, mas não há como imediatamente desassociarmos o útero, os ovários e a vulva da idéia de sexualidade feminina, idéia esta construída ao longo de séculos e séculos de história. É uma face ignorada pelos médicos e familiares frente à iminência da morte, mas presente no imaginário da mulher que vivencia o câncer. Seria relevante um trabalho que desse voz a este fato, e que mostrasse como uma mulher poderia reconstruir subjetivamente sua sexualidade de forma não-genitalizada, desconstruindo ao mesmo tempo toda a noção social do que é ser mulher e de quais formas ditas “normais” ela pode exercer sua sexualidade. A satisfação sexual, atualmente, como nos diz Segal (1994), “consiste em dar e receber prazer, e pode ser alcançada de muitas formas; tudo o que for confortável e aceitável para ambos os parceiros é considerado normal”. Esse é um conceito importante, porque atitudes estreitas em relação ao que é normal podem inibir o paciente de proceder às mudanças necessárias em sua atitude sexual.

Neste estudo, por objetivo, temos:

- A investigação, através de pesquisa qualitativa, de como uma mulher que passou por um câncer genital pode reconstruir subjetivamente sua sexualidade e, apesar do trauma corporal no símbolo social de sua sexualidade, encontrar novas formas de ser mulher e ter prazer que não as dominantes na subjetividade social.
- Para que o objetivo geral seja alcançado, será realizado um estudo de caso, valorizando assim a singularidade do sujeito, uma vez que este estudo não tem por objetivos levantar dados estatísticos.

Metodologia de Pesquisa

A metodologia de pesquisa adotada foi a qualitativa (com base na epistemologia qualitativa), e o instrumento baseia-se em um questionário semi-estruturado, com perguntas abertas, a fim de dar espaço para a construção própria do sujeito, o que não quer dizer que no intercurso da pesquisa não poderão haver perguntas mais fechadas e específicas, dependendo do que o sujeito trazer. Um complemento de frases também foi utilizado, a fim de somar mais conteúdos à fala do sujeito, mas agora em uma forma diferente de expressão.

Segundo González Rey (2005, no prole), “o complemento de frases nos permite construir verdadeiros modelos de organização da expressão do sujeito em diversas áreas de sua vida, pois torna possível identificar a expressão dos diferentes conteúdos que aparecem no instrumento como, por exemplo, a significação emocional das expressões, relações entre diferentes expressões associadas entre si de forma direta e indireta, etc”.

Ao escolher esta forma de pesquisa, através de um estudo de caso, não tenho por objetivo a verificação, na prática, da teoria anteriormente exposta, mas sim a verificação do que acontece com um sujeito específico, estando de acordo com a teoria a priori ou não. Nas palavras de González Rey (2005, pp 48), “a abordagem qualitativa no estudo da subjetividade volta-se para a elucidação, o conhecimento dos complexos processos que constituem a subjetividade e não tem como objetivos a predição, a descrição e o controle”. Assim, o questionário semi-estruturado nos dá uma base para chegarmos a campo, mas não circunda o sujeito apenas naqueles itens os quais queremos obter informação, e sim dá vazão ao seu pensamento concreto enquanto sujeito, não objeto de pesquisa.

A Epistemologia Qualitativa, segundo González Rey (2005, pp 15), “tem por objetivo converter a produção do sujeito, o complexo tecido informacional que este produz por diferentes caminhos, no material privilegiado para construir o conhecimento, rompendo assim com um dos princípios mais arraigados do imaginário da pesquisa ocidental: o fato de compreender a pesquisa, em sua parte instrumental, como a

aplicação de uma seqüência de instrumentos, cujos resultados parciais serão a fonte dos resultados finais”. Portanto, o método mais adequado à pesquisa qualitativa é o da indução, o qual o pesquisador apenas dá subsídios para a expressão livre do sujeito, como em uma comunicação normal entre dois sujeitos. Dentre estes subsídios, o pesquisador irá então escolher o que mais se adequa à sua pesquisa. De acordo com González Rey (2005, pp 55), “o sujeito pesquisado é ativo no curso da pesquisa, ele não é simplesmente um reservatório de respostas, prontas a expressar-se diante da pergunta tecnicamente bem formulada”. Além disso, esta definição de epistemologia qualitativa ressalta o que mais acima foi exposto, de que o conhecimento e a teoria se fazem a partir da expressão de sentido do sujeito estudado, passando pelo olhar do pesquisador, e não apenas um “encaixe” do sujeito na teoria pré-existente.

Aqui, o pesquisador também se coloca como participante da pesquisa, pois apenas o fato de estar presente no momento da expressão do sujeito influencia a produção de sentido e a forma como aquele sujeito vai escolher para se comunicar. Segundo González Rey (2005, pp 55), “só a presença do pesquisador na situação interativa que toda pesquisa implica representa um elemento de sentido que afeta de múltiplas formas o envolvimento do sujeito estudado com a pesquisa”.

O processo da pesquisa se dará mais no nível da comunicação entre dois sujeitos, e neste espaço o sujeito se colocará, podendo não relatar exatamente o que queremos com este trabalho, mas expressando a forma como organizou sua produção de sentido em face da doença. De acordo com González Rey (2005, pp 56), “a qualidade e a complexidade da informação produzida pelos sujeitos pesquisados, condições essenciais para a construção do conhecimento sobre a subjetividade, só são alcançadas pela implicação daqueles nas redes de comunicação desenvolvidas pela pesquisa”. Vemos então o caráter interacional da pesquisa qualitativa, bem como seu foco no “tecido relacional” em que se dá.

Um outro ponto que se coloca é o ambiente e o clima em que se dá tal pesquisa, que certamente influenciarão na forma de se colocar do sujeito, afinal, “não se pode isolar suas características psicológicas do contexto em que se manifestam” (González Rey, 2005, pp 54). “A pesquisa qualitativa se debruça sobre o conhecimento de um

objeto complexo: a subjetividade, cujos elementos estão implicados simultaneamente em diferentes processos constitutivos do todo, os quais mudam e face do contexto em que se expressa o sujeito concreto” (González Rey, 2005, pp 51). Atuando na fala do sujeito estarão então a subjetividade social, a individual, o contexto atual, o ambiente da pesquisa e o próprio pesquisador, o que não implica na falta de legitimidade de sua fala, apenas uma das suas várias formas de subjetividade. “O sujeito pesquisado não está preparado para expressar em um ato de resposta a riqueza contraditória que experimenta em face dos momentos que vive no desenvolvimento da pesquisa” (González Rey 2005, pp 55).

Ao optar por um estudo de caso, faz-se jus ao preceito da pesquisa qualitativa do resgate ao sujeito individual: “em primeiro lugar a ciência não é só racionalidade, é subjetividade me tudo o que o termo implica, é emoção, individualização, contradição, enfim, é expressão íntegra do fluxo da vida humana, que se realiza através de sujeitos individuais, nos quais sua experiência se concretiza na forma individualizada de sua produção” (González Rey, 2005, pp 28).

Ressalta-se assim a singularidade do sujeito, em que a produção teórica a partir do caso não tem por objetivo a generalização, mas construir informação a partir de uma forma singular de expressão de sentido, e de outra forma singular de “interpretação” por parte do olhar do pesquisador. Segundo Ferrarotti (apud González Rey, 2005, pp 25), “longe de refletir o social, o indivíduo se apropria, o equilibra, filtra e o traduz por sua projeção em outra dimensão, a qual se converte então em sua subjetividade (...); uma ação única ou uma história individual se apresenta como uma via de acesso – por vezes a única possível – ao conhecimento científico de uma realidade social. Isso não representa uma via direta (...)”. Não vemos a resposta o sujeito como um espelho do social, mas uma via de acesso indireto a ele, e que a expressão do sujeito adquire significação para o social através da construção posterior do pesquisador.

Assim, na comunicação com o sujeito pesquisado, haverá que estar implicado necessariamente um sentido, uma emoção, para o mesmo se colocar como subjetividade, ressaltando novamente a importância do espaço relacional durante a pesquisa. As principais perguntas presentes na conversação foram a respeito dos seus

sentimentos atualmente, da história do seu câncer, como se sentiu como mulher, como afetou sua sexualidade, o que fez para superar, o que ajudou no processo, como foi a quimioterapia, concepção de câncer, concepção de útero, assim como qual seria sua visão de sexualidade. A entrevista na íntegra e o complemento de frases encontram-se em anexo.

Cap 02: O estudo de caso: análise e construção teórica

Helena, nome fictício da entrevistada, é uma mulher de 34 anos, filha única, casada pela segunda vez, mãe de dois filhos homens, um de 14 anos e outro de 15. Sua história conta não apenas com um câncer de útero, mas com um caso de violência sexual e, mais recentemente, com um nódulo no seio direito. Começarei discutindo na ordem dos acontecimentos, para que tenhamos uma noção mais exata de sua experiência de vida.

Aos 16 anos, então namorada do seu ex-marido, sofreu um estupro, quando ela e o namorado foram abordados por dois homens embaixo do seu prédio. Foram levados para um local distante e isolado, e enquanto um dos homens a violentava, o outro apontava uma arma para seu namorado, que chamaremos aqui de Carlos. Eram obrigados a ficarem olhando um para o outro. Na ocasião, Helena era virgem. Conta que na época era melhor que se calasse, então não foi na delegacia, pois seria uma humilhação estar lá diante de tantos homens, e também não contou para seu pai, que se encontrava muito nervoso com o ocorrido. Apenas foi ao ginecologista depois, mas não fez acompanhamento psicológico, e não tomou anti-virais, pois não havia essa difusão do tratamento de pessoas violentadas que há atualmente. Quando estava grávida de seu primeiro filho, com 18 para 19 anos, descobriu que havia contraído HPV. Já estava casada com Carlos, e com 20 anos engravidou do segundo filho. Daí a dois anos veio a separação.

Depois de certo tempo, apareceram miomas nos seus ovários, quatro, que foram retirados por cirurgia. Helena encontrava-se então em Fortaleza, estava formada em letras e abriria uma filial, em Fortaleza, de uma escola na qual estudou na Inglaterra, no período em que morou lá. Conta que começou a sentir muito mal-estar, tontura, cansaço, como se estivesse com uma infecção generalizada. Fez exames de sangue que acusaram a infecção, mas teriam que rastrear aonde se encontrava. Como na época estava com um cisto no ovário direito, ele acabou inchando devido a todo o processo, e seu médico resolveu retirá-lo por cirurgia, para que ficassem mais

tranqüilos. Na mesa de cirurgia, ao fazer a incisão abdominal, o médico sentiu um forte cheiro putrefato. Retirou então o ovário direito e, quando resolveu levantar o útero, viu que a parede de trás do útero e do colo estavam todas revestidas pelo câncer. Uma cirurgia que era para ter durado duas horas durou oito horas e meia: foram retirados o útero, o ovário direito, dois terços do esquerdo, um pedaço da bexiga, um pedaço dos rins e um pedaço do abdômen. Quando acordou na UTI, havia três médicos no leito, que deram a notícia do câncer e da retirada do útero. Para Helena, foi um choque muito grande pois, como ela relata, “eu entrei na cirurgia pra retirar esse ovário e saí sem o útero, (...) foi muito traumático”.

Logo depois da cirurgia, ela iniciou o tratamento quimioterápico, e fez acompanhamento com uma psicóloga especialista em psicooncologia. Quando descobriu o câncer, fazia um ano que ela morava em Fortaleza com os dois filhos e a babá, e passou mais um ano lá fazendo o tratamento quimioterápico, retornando a Brasília logo depois que este terminou. Relata que esse um ano de tratamento foi um período muito difícil, em que seus pais moravam em Brasília, e se revezavam nas viagens à Fortaleza para ficar com ela. Nesse período, realizou trabalho voluntário num hospital da cidade, na ala das crianças quimioterápicas e terminais. Então formou uma rede de doações, em que reunia donativos em seu apartamento para distribuir, e começou também a fazer palestras e a falar sobre a questão do câncer.

Há cinco anos casou-se com o seu atual marido, que chamaremos de Luciano. Há mais ou menos um mês, seu ex-marido, Carlos, teve uma filha com sua segunda esposa, fato que deixou Helena muito abalada, pois remeteu-se à sua condição de não poder ter mais filhos. Nesta mesma época, foi detectado um nódulo em seu seio direito, benigno, que está sendo tratado com medicação para que reduza. Conta que este mesmo nódulo apareceu em 2002, mais no meio da mama, mas logo sumiu. Agora, encontra-se no quadrante da axila direita. A aceitação e o enfrentamento por parte da sua família está sendo um pouco difícil e doloroso. Seu marido, que já perdeu a mãe por um câncer de pulmão, não respondeu bem à notícia, ficando mais depressivo. Seu filho mais velho encontra-se mais agressivo, e o mais novo está sentindo bastante. Seu

pai procura não tocar diretamente no assunto, e sua mãe, como Helena diz, toca, mas muda de assunto.

Irei, então, me ater ao câncer do útero, que é a proposta deste estudo. Porém a questão do câncer de mama e do estupro também poderão ser discutidas ou citadas. Com relação ao câncer, uma das questões mais interessantes, no caso de Helena, é quando ela diz que “fez” o câncer, na passagem da entrevista: “eu acredito que eu expulsei meu útero, porque eu fui estuprada”, Helena fala sobre somatização no corpo daquilo que não foi trabalhado no psíquico. Na época do estupro, foi compelida a se calar, não contar para o pai, nem para a polícia. Na época, não havia delegacia da mulher, e ir a uma delegacia onde só tinha homens, falar de um abuso sexual era humilhante, no próprio relato de um de seus amigos, um policial civil.

Este é um ponto a ser discutido, mais a fundo, em outra ocasião, por se tratar de mais uma segregação na história e, a meu ver, demonstra mais o despreparo do masculino para enfrentar as questões do feminino, especialmente as de ordem sexual. É uma evolução, obviamente, a mulher poder ter seu espaço ao sofrer uma violência, sem sentir-se humilhada diante dos homens de uma delegacia. Mas por quê novamente a segregação? Por quê não preparar os homens para lidar com isso, e começar a quebrar algumas barreiras para que a mudança social aconteça? Porque, como foi explanado anteriormente neste estudo, são questões muito profundas, que não seriam modificadas no imaginário masculino e feminino de uma forma para outra. Esperemos então, mais adiante, quando outras barreiras forem quebradas, poder unir as duas delegacias sem maiores constrangimentos.

Voltando à questão do silêncio, Helena relata então que teve que superar o fato. Conta que viveu um processo de “rejeição do feminino, do órgão que não foi trabalhado, que foi invadido”, e em sua concepção simbólica, o seu feminino foi invadido, agredido, violentado. Vemos já aí, então, a questão do útero como representação do feminino, bem como a virgindade. Quando questionada sobre o que seria o útero para ela, revelou que seria mesmo o feminino e o materno. Assim, em sua concepção de que “o câncer é a maior expressão de dor que a pessoa pode mostrar”, Helena sente que somatizou a dor da violência sexual no seu órgão representante da

feminilidade e sexualidade. Em suas palavras: “eu acredito que o trabalho que eu faço (com meninas vítimas de violência sexual), se eu tivesse feito comigo, talvez eu não tivesse feito um câncer, porque eu acredito que nós fazemos o câncer”

É uma visão interessante, a qual ela relaciona à psicossomática. Psicossomática, na concepção mais difundida e mais básica conceitualmente, seria a influência psicológica nos processos corporais. Mas em psicossomática hoje temos visões muito variadas, então não cabe encaixar Helena em nenhuma delas, a não ser que este estudo se baseasse nisso, o que não é o caso. Mas torna-se eminente a necessidade de discussão de algumas visões. No caso do conceito citado mais acima neste parágrafo, a maior crítica a esta visão é de que, ao tentar relacionar mente e corpo, acaba por fazer uma dicotomia ainda maior. Para Milheiro (2001, pp 166):

“Quando se teoriza sobre corpo/ espírito procurando unificar, por norma alonga-se ainda mais a relação entre as duas partes, conservando-as irremediavelmente separadas sem dar por isso. É muito curiosa a relação. Sem reparar, pensa-se muitas vezes e age-se mantendo a dicotomia estrutural ao pretender teoricamente remediá-la. Termos ou conceitos como analogia funcional, influência, equivalência, homologia, simultaneidade, inter-relação, conjugação, representação duma parte na outra, etc... usados inúmeras vezes para relacionar o que se passa entre o corpo e a representação mental desse mesmo corpo, ou entre o corpo e o psiquismo, não são mais do que a manutenção dessa separação, se nos dermos o cuidado de refletir”.

O autor prega uma visão de doença como “um arranjo característico do portador. Conjugará o caráter universal da espécie, transmitido filogeneticamente, com o caráter próprio de cada um, obtido e construído no corpo e no espírito desde o primeiro dia de vida” (Milheiro, 2001, pp 174). O encaminhamento atual é de uma visão conjunta, em que mente não influencia no corpo e vice-versa, mas são, sim, uma coisa só. É preciso tomar cuidado para enxergar a doença, nesse sentido, não como causada pelo psicológico do paciente, mas decorrente dessa visão conjunta e, como característica, uma configuração pessoal baseada nas experiências do indivíduo, e principalmente isenta de “culpabilidade” por ter causado ou não a doença. No caso estudado, ainda há

o agravante HPV, que é o principal causador de câncer de útero conhecido. Pode ter ocorrido, sim, uma conjunção do fato não superado com o vírus HPV, resultando em um câncer, mas a idéia de feitura do câncer parece-me um tanto cruel para o paciente, como se já não bastasse o sofrimento, ele ainda foi o “culpado”.

Uma questão que se coloca nessa visão psicossomática em que corpo e mente são uma coisa só, é a da nomenclatura. Por mais que tentemos não mais dicotomizar, ainda damos nomes diferentes a cada uma das “partes”. Se são uma coisa só, caberia então formular um novo nome, que unisse estes dois termos, e que representasse a concepção unificada do humano, como um “psicorpo”, para aí podermos falar em termos específicos, e não mais ficarmos nos explicando a cada vez eu falássemos as palavras “mente” e “corpo” separadas.

No livro de Dias da Silva (1994, pp 44/ 45), ele cita que nada é por acaso, e que as doenças têm uma motivação, se assemelhando à visão de “culpabilidade”, um tanto perigosa dependendo da forma como é assumida. Ainda, no mesmo autor:

“Acredito (...) que, nos seres humanos, a grande determinante do potencial nocivo do estresse é um estado interior de insatisfação consigo mesmo e com a vida. Ao contrário do que ocorre com os animais, portanto, o que hoje nos ameaça a vida e a saúde não são, como regra, os perigos que vêm de fora, e sim aqueles que trazemos dentro de nós mesmos”.

O mesmo autor acredita que “há um componente individual do estresse, ligado à personalidade da pessoa, relacionado à história de vida e aos aspectos psicodinâmicos” (pp 44). Há sim este componente individual, mas que não ocasiona a doença, e sim apenas dá uma configuração pessoal, individual, a cada doença de cada pessoa em especial, que faz com que nenhuma seja igual à outra.

Para Dethlefsen & Dahlke (1983, pp 17), temos que:

“a doença é um estado do ser humano que indica que, na sua consciência, ela não está mais em ordem, ou seja, sua consciência registra que não há harmonia (...). O

sintoma avisa que, como seres humanos, como seres anímicos, nós estamos doentes, isto é, o equilíbrio de nossas forças anímicas interiores está comprometido”.

Os autores (pp 236 a 239) comparam uma célula cancerosa à humanidade em que vivemos: cada vez mais se aproveitando do que nos foi dado como alimento, desejando o livre arbítrio a qualquer custo, “se espalhando de forma indiscriminada e ilimitada sobre a terra”. O câncer seria um espelho, que mostra como estamos nos comportando diante da natureza e dos outros homens, mostrando também como será o nosso fim: “os homens têm cancro porque eles são um cancro”. Assim, os homens supervalorizam seu ego, buscando a eternidade e a independência uns dos outros, a diferenciação “eu” e “tu”, assim como a célula cancerosa o faz, ao alimentar-se do seu próprio hospedeiro, que é o órgão, e tentar rebelar-se contra ele.

Esta visão é espantosa. Então seríamos mesmo culpados por estarmos doentes? Como lutar para mudar toda a humanidade, e assim extinguir o câncer? Não é possível. Mesmo porque ninguém pode atribuir sua doença apenas a questões comparativas, como esta da célula cancerosa espelhando o comportamento da humanidade. O câncer data de longo tempo, desde antes de Cristo, em que a sociedade ainda não se encontrava nesse “individualismo” citado pelo autor, mas sim estas vieram se transformando, assumindo diferentes formas e ideologias ao longo dos séculos. Não podemos, assim, dar uma explicação para o câncer baseada na sociedade atual – nem sabemos de temos o poder de dar uma explicação para o câncer.

Na teoria da Subjetividade, de González Rey, encontramos a visão de unicidade citada mais acima. Para o autor (2004, pp 1), “a saúde é um processo qualitativo complexo que define o funcionamento completo do organismo, integrando o somático e o psíquico de maneira sistêmica, formando uma unidade em que ambos são inseparáveis”. Aceita que “o conceito de saúde deve ser considerado mais um processo do que um produto”. Faz uma crítica ao termo psicossomática, não corroborando com a idéia de linearidade entre o psíquico e a sintomatologia.

Retornando à questão do estupro, este foi fato bastante marcante também na sexualidade de Helena. Depois do fato, Helena conta o que a maioria das mulheres violentadas sofre: uma certa repulsa pelo corpo, em que tomava banho se esfregando fortemente, sentindo ainda o cheiro da agressão. Ela relata que o mais importante é a mulher escolher com quem e quando irá se relacionar, para ter uma sexualidade saudável, bem como ter uma boa relação com o parceiro. Como não teve esse poder de escolha, naquele momento, Helena conta que reconstruiu isso com o namorado, Carlos, depois. Os dois tinham uma ótima relação, ele a respeitava e amava, e seis meses depois do acontecido eles conseguiram ter a primeira relação sexual, a qual Helena conta que configurou como sendo realmente ali que ela perdeu a virgindade, ressignificando a experiência traumática. Vemos, então, a relação com o parceiro como sendo essencial na reconstrução da sexualidade de Helena.

Nos encaminhamos então à questão da sexualidade no câncer. Helena não teve como se preparar para o fato da perda do útero, nos remetendo assim à questão proposta neste estudo, em que uma mulher nesta situação deverá reconstruir sua concepção de ser mulher, de útero e de sexualidade de forma brusca, ressignificando todas as concepções sociais e pessoais a esse respeito. De acordo com suas palavras:

“eu com 28 anos, uma mulher sem útero: um fantasma. O que ficou dentro da minha barriga? É um oco que fica, o que é que fica? Eu lembro de eu perguntando para o ginecologista: e agora, lá dentro, é um oco, eu não vou sentir mais nada? Como é que eu vou ter relações sexuais? Eu vou sentir prazer, não vou? Aquela coisa: eu não vou menstruar mais!”

Há, por aparência, uma espécie de perda da identidade, em que a mulher se pergunta: “e agora?”. Parece esta ser uma consequência do mito do “buraco”, em que o “oco” fica claro no corpo e na alma (ressalte-se que, como visto anteriormente, os dois são um todo, e não partes se influenciando). Helena lembra, também, que chegou no consultório do ginecologista bombardeando ele de perguntas, questionando o que iria acontecer a partir daquele momento, se iria sentir isso ou aquilo, não iria, etc. Ela conta que, de forma lúdica, uma ginecologista *“trouxe muita coisa para tirar esse mito de que a mulher perdeu o útero acabou a vida sexual dela”*. Até brinca com um fato

fantasiado por ela, da imagem do sexo pós-cirurgia: *“ai meu Deus, se meu namorado for fazer sexo oral em mim ele vai falar alô, alô, e vai ter um eco!”*. Demos risadas depois, mas é um fato que realmente ocorre.

Um outro fator agravante é que, diferentemente das expectativas – e estatísticas - com relação às mulheres que adoecem de câncer, Helena sofreu este abalo em sua “identidade” e sua “sexualidade” (ambos a nível representacional, claro) no auge de sua vida adulta, em que a sexualidade estava mais em voga (claro que a sexualidade da terceira idade também é ponto relevante, como defendido na fundamentação, mas são níveis e estados diferentes).

Vinte dias depois da cirurgia, já bem informada, Helena teve sua primeira relação sexual com seu namorado na época, Antônio, com o qual se relacionava há dois anos. Chegou a pensar que seu relacionamento iria acabar por ela não ter mais útero, por não poder ter mais filhos. Ao contrário de todos estes fantasmas que ela carregava, do “buraco”, do medo do abandono, do fim da vida sexual, a primeira vez pós-cirurgia foi absolutamente normal. Segundo ela:

“Eu sinto exatamente o que uma mulher bem resolvida sente (...), ele (o namorado), foi meu companheiro de todas as horas. Mais ou menos vinte dias depois da cirurgia tivemos a nossa primeira relação sexual, e para minha surpresa eu sentia prazer, foi ótimo, lembro que até chorei e ele também. Acho que o fato de eu sempre escolher namorados muito carinhosos e que me tratassem como uma princesa foi fundamental para todo o meu processo”.

A sexualidade, para Helena, sempre foi muito importante, e sempre acreditou na igualdade das experiências sexuais. Percebemos então que é uma mulher bem esclarecida, que está à par das transformações ocorridas na década de 70 (as quais foram citadas na fundamentação do presente estudo), mas que ainda sofreu todos os tabus, mesmo que por pouco tempo, daquela associação histórica útero-sexualidade-feminilidade, da supervalorização do seu aspecto reprodutivo (achando que seu namorado a iria abandonar por não mais poder ter filhos). Vimos, também na fundamentação teórica, que as ideologias e representações de uma determinada época

não se encerram no momento em que surgem novas concepções contrárias, mas sim, persistem como se fossem ainda padrões de pensamento incluídos no novo, que vez ou outra acabam por aparecer no imaginário dos sujeitos.

Observamos, novamente, como sendo a relação com Antônio um fator relevante para que Helena se sentisse confiante para exercer novamente a sua sexualidade, além das orientações do ginecologista e da sua forma de enxergar a sexualidade como significativa em sua vida. Segal (1994, pp 39/ 40), relaciona alguns fatores importantes para se manter a vida sexual apesar do tratamento do câncer:

1. Obtenha o máximo de informações sobre o que é usual e quais os efeitos esperados do tratamento sobre seu desempenho sexual, para melhor lidar com o assunto.
2. Não se esqueça de que, independente do tipo de tratamento, a capacidade de sentir prazer através de carícias físicas sempre permanecerá.
3. Mantenha a mente aberta ao que é necessário para obter prazer sexual.
4. Procure ter boa comunicação sobre sexo com seu parceiro e seu médico.

Helena, como já observado acima, tirou todas as suas dúvidas e medos com os médicos, e recebeu as orientações adequadas. Contou também com um parceiro que a apoiava e que não pensava em abandoná-la, colaborando para que se sentisse mais segura, e quebrando o estigma de “solidão” que o câncer tem na história. Segundo Segal (1994, pp 41), “algumas pessoas acreditam, erroneamente, que os sentimentos do parceiro serão influenciados pelas alterações ocorridas no corpo delas, ou até pelo estigma da palavra *câncer*”. Claro, que isso depende do grau de vinculação desse casal, e do verdadeiro interesse que o parceiro na pessoa que está passando por um câncer. Se for um interesse apenas superficial, baseado na relação física entre os dois, logicamente que uma mudança nesse físico ocasionará uma mudança na relação. Do

contrário, a relação poderá continuar da mesma forma como era antes do câncer e da mudança corporal, uma vez que não é este o foco da vinculação do casal.

De acordo com González Rey (2003, pp 214/ 215), “o apoio instrumental do outro não é fonte de sentido para o sujeito em abstrato. Portanto, para que uma relação atue como fonte de desenvolvimento, há de implicar emocionalmente aos sujeitos que participam”. Desenvolver-se no sentido de promover novas configurações de sentido nos sujeitos e, no caso de Helena e Antônio, promover a reconstrução da sexualidade quebrando alguns tabus envolvidos culturalmente na mulher com câncer genital.

Um outro aspecto enfrentado por Helena foram as sessões de quimioterapia que, como esperado, afetaram sua libido e sexualidade, mas não todo o tempo, neste caso. Helena já não menstruava mais, mas por ter mantido uma parte do ovário esquerdo, ainda tinha uma produção hormonal, mesmo que diminuída e, na quimioterapia, esta produção é prejudicada. A quimioterapia, segundo Mayol, (1989) consiste na administração de drogas altamente tóxicas ao paciente, de modo que, quando forem assimiladas, pelas células doentes, afetem sua reprodução, matando-as. Os principais sintomas relacionados pelo autor foram náuseas, vômitos, diarreia, perda de cabelos, distúrbios cardíacos, pulmonares, renais, cansaço, desânimo e fraqueza. Assim, não há como se pensar em relacionar-se sexualmente depois de uma sessão de quimioterapia.

Durante o tratamento quimioterápico, Helena relata que sua libido realmente sofreu uma queda muito grande, por conta da medicação, mas que *“entre uma dose e outra, a vida sexual acontecia com direito a tudo de bom! Meu namorado me enchia de calcinhas coloridas, camisolas transparentes, dizia o tempo todo que eu era linda de qualquer jeito, e isso era maravilhoso pra mim”*. De acordo com Segal (1994, pp 51), é comum o desejo sexual diminuir durante a quimioterapia, mas logo quando os efeitos passarem e a mulher voltar a se sentir disposta, o desejo retornará aos padrões anteriores. Vemos aqui, novamente, a questão do apoio do parceiro na hora da paciente reconstruir sua sexualidade no processo quimioterápico.

Há, também, presença de ressecamento vaginal quando as produções hormonais já não se encontram em níveis normais, assim como na menopausa e após a esterectomia. Com certeza, se mal-informada, a mulher perderá seu desejo sexual em função das dores sentidas na relação. Este fato é facilmente resolvido ao administrar-se lubrificantes para os casais. No hospital, onde Helena trabalhou com mulheres com câncer, conheceu uma senhora que passou pela esterectomia. Conta que fez um vínculo muito bom com a família, que sempre vinha lhe pedir orientações. E algumas delas eram relacionadas ao sexo pós-cirurgia:

“Vinha, perguntava como ia ser, e o marido perguntava “como vai ser nossa vida sexual”. E eu falei que ia ser normal. Agora, óbvio, o que que diminui? É a mesma coisa? Não, porque você não está tendo a mesma produção, se tirar os dois ovários você não tem produção hormonal nenhuma, se tirar só um você fica defasada, então há um ressecamento vaginal, e isso pode dar muito desprazer no ato sexual, pode dar fissura a fricção, machucar, porque não vai produzir a lubrificação necessária. Então eu falei assim “vocês usem óleo, não usem vaselina, nada à base de água, porque ela irrita e seca muito rápido”. Porque esses cremes à base de água funcionam quando você tem também a sua lubrificação natural (...) E hoje ela está ótima, graças a Deus, voltou a trabalhar, entendeu, vida normal, marido também 100%...aí ela até brincou comigo depois “olha, o óleo funciona” (risos). E eu falei “que bom”, porque eu até sempre tenho em casa também, já uso desde que eu tirei meu útero, isso foi o próprio médico lá de Fortaleza, né...”.

Nestes dois casos, o de Helena e o dessa senhora, o clitóris foi preservado, uma vez que o câncer foi no colo do útero, e que a cirurgia realizada não foi a esterectomia radical, preservando também o canal vaginal. Assim, o óleo lubrificante auxilia e torna normal a relação sexual, bem como o apoio de um bom parceiro. Seria interessante um estudo que analisasse mulheres que retiraram o clitóris e o canal vaginal, a fim de averiguarmos como estas mulheres, mais amplamente mutiladas, reconstroem a sexualidade. Quanto ao orgasmo, isso seria possível, uma vez que este é cerebral. Mas certamente que fatores sociais e pessoais, como relação com o parceiro, conceito

de “mulher” e auto-estima, estariam influenciando, e mereceriam um estudo aprofundado dessas relações.

A queda de cabelo durante o tratamento quimioterápico é outro fator que pode acarretar problemas na sexualidade e na feminilidade da paciente. No caso estudado, Helena conta que tinha o cabelo longo, na cintura, loiro, e que era muito valorizado por ela. Quando começou o tratamento, não pôde mais pintá-lo, pois a química poderia prejudicá-la ainda mais, deixando-o assim de “duas cores”, como ela relata, fato que mexeu a vaidade dela. Decidiu então cortar o cabelo bem curto e passou a usar lenços, pois no início tinha muita vergonha. Por mais que a mulher seja bem resolvida com sua feminilidade, não tem como não sentir um abalo quando esta é posta à prova. A questão da qual estamos falando refere-se à auto-estima, essencial quando falamos de sexualidade bem resolvida.

Para Segal (1994, pp 88):

“O segredo para expressar bons sentimentos em relação a si mesmo está em focalizar os lados positivos e minimizar os efeitos do câncer sobre a aparência, a energia, a sensação de bem-estar. Tente focalizar seus pontos mais atraentes e criar uma imagem que demonstre ‘saúde’ “.

Helena relata que nunca se descuidou da aparência, nem após a cirurgia no hospital, *“sempre estava cheirosa, com um batonzinho básico, o cabelo arrumadinho, e uma camisola bem linda”*. Tudo isso se refere à questão da manutenção da auto-estima como essencial à continuação da feminilidade e reconstrução da sexualidade da paciente. Porém, estar atraente não esgota o termo auto-estima. O psicólogo Wendy (apud Segal, 1994, pp 90), nos relata que esta é formada pelo “eu” físico, o “eu” social, o “eu” de realizações (relacionado aos setores familiar, escolar, profissional e de relações pessoais), e o “eu” espiritual (religião e conceitos morais). Assim, a auto-estima de uma pessoa engloba todos os setores de sua vida, e a forma como ela está se relacionando com eles influenciará sua auto-estima, seu auto-conceito, a forma como ela está se enxergando. Helena também relata amor pela vida, pela família, pelo

trabalho que realiza e por ela mesma, fatores que contribuíram assim para a manutenção de sua auto-estima e conseqüente recuperação do trauma.

É um conceito interessante, que mostra que a mulher deve preocupar-se, após a cirurgia, em retomar as atividades que realizava anteriormente, na medida do possível, claro, como atividade profissional, acadêmica, física e sexual. Estar bem (boa auto-estima), não só no setor sexual, mas em todos os outros, é uma forma de retomar a vida sexual e se enxergar “mulher” novamente, auxiliando no processo de reconstrução da sua subjetividade em relação a esse tema. Assim, segundo artigo da Abrale (câncer e sexualidade), auto-estima sexual está diretamente relacionada ao bem-estar. Se você se sente inseguro em conseqüência do câncer, pode também perder a autoconfiança sexual.

Porém, é importante ressaltar que tudo depende das conceituações e significações da mulher. Se ela nunca gostou de trabalhar, se não via a sexualidade como fator significativo, não faz sentido que ela faça tais atividades, mas sim que ela realize as atividades que mais lhe dão prazer. Segundo González Rey, em artigo sobre mulheres com câncer (2005, vide anexo):

“Qualidade de vida do paciente com câncer vai depender muito de que ele consiga manter espaços de sentido subjetivo em suas diferentes atividades e relacionamentos. Como vimos, nos dois casos estudados, a diversidade de interesses, a capacidade de manter projetos, a determinação de luta e o envolvimento reflexivo com a doença, constituem aspectos facilitadores da conservação da identidade pelo paciente. Em ambos os casos apresentados mantiveram os sujeitos a capacidade de auto-estima, de produzir sentidos subjetivos associados com a aceitação de si mesmos” (pp 26). “Assumir-se como sujeito da doença e conservar-se em sua identidade, implica identificar-se em seus interesses e ocupações, não romper com aquelas áreas da vida que constituem sentidos subjetivos importantes na vida pessoal” (22).

Assim, é bom que as mulheres mantenham suas atividades, aquelas que lhes dão prazer e, além disso, é importante que também mantenham sua auto-estima e

encarem a doença de frente, posicionando-se como sujeitos diante dela. O que vai auxiliar na sua nova produção de sentido relacionada à sexualidade, frente à sua nova condição depois da cirurgia, são as interações subjetivas que realizará frente ao social e frente a ela mesma.

De acordo com González Rey (2003, pp 217):

“A sexualidade, no entanto, apresenta uma configuração complexa de sentidos que se produz de formas diferenciadas de sujeito para sujeito e de sociedade em sociedade (...). A sexualidade é um sentido subjetivo, produzido na relação complexa entre as diversas formas de constituição subjetiva, individuais e sociais, e os cenários atuais dentro dos quais esses sujeitos atuam, que são geradores de sentidos dentro da diversidade de práticas que o caracterizam”

Não há como se pensar em sexualidade sem pensar o contexto do indivíduo, bem como a história que o precede. Na fundamentação deste estudo, foi relatada a história da mulher, de sua sexualidade, bem como a história do câncer, e os estigmas relacionados aos três que perduram no nosso imaginário. Mas há que se levar também em consideração a história pessoal, esta dará também a configuração a respeito da sexualidade que o sujeito tem. Social e individual se unem, assim, na configuração pessoal sobre sexualidade. Ainda de acordo com González Rey (idem), “no processo de construção e interpretação dos sentidos que se manifestam associados à sexualidade nos sujeitos concretos, aparecem inúmeros elementos implicados com a organização da subjetividade social (...). Estes elementos aparecem mascarados em expressões de sexualidade e não são visíveis nem para os próprios sujeitos”.

Explanadas as principais dificuldades de Helena com relação ao câncer e sexualidade, nos aprofundemos então, neste momento, na questão da identidade feminina ligada ao útero, que tanto já foi falada neste estudo, bem como citada mais acima, mas não explanada. Nas palavras de Helena, *“muitos mitos são construídos com relação à feminilidade ligada ao útero, a crença de que a mulher estéril (sem útero) vai deixar de ser mulher em sua plenitude é muito grande”*. Passamos então pela noção de “instinto maternal”, em que a função essencial e natural da mulher seria a

procriação; chegamos a Darwin, em que a mulher deveria abrir mão de todas as suas outras funções em prol de seu papel maternal; até a noção da medicina, em que útero e cérebro não conviveriam no mesmo organismo feminino, e que ela deveria priorizar o útero. Até meados do século XX, era difundida a idéia de que o útero era o órgão controlador feminino e que, conseqüentemente, lhe daria “identidade”. O puritanismo da Igreja pregava que apenas a sensualidade da mulher deveria ser reprimida, e que sexo apenas no casamento, com fins procriativos.

Atualmente, ao irmos de um extremo ao outro, nos encontramos no “culto ao corpo”, em que uma forma corporal perfeita na mulher é extremamente valorizada, além de seus atributos intelectuais, sua profissão, seu papel de mãe e esposa. Acumulando-se os aspectos históricos citados no parágrafo anterior, com os aspectos atuais, vemos que a mulher apenas acumulou mais dois papéis: o intelectual e o profissional. Todos os outros, pelo menos para a maioria das pessoas, continuam em voga, mesmo que com outras configurações.

Helena realmente relata uma dor muito grande ao saber da notícia da perda do útero, bem como uma sensação de vazio. Para ela, não importava se já tinha dois filhos, se estava viva, a dor era de ter perdido o útero, e aquele era o foco no momento. Diz que não gostava quando alguém lhe dizia “pelo menos está viva” ou “pelo menos tem dois filhos”, não era esse o foco no momento. Não que isso não importasse, mas a angústia da perda desse órgão não era facilmente substituível. Porém, mais tarde, teria que ser amenizada. Vemos então o início do conflito, com a dor da perda, e a necessidade da ressignificação, o combate entre as antigas concepções e as novas que se lhe impunham. Na concepção de González Rey, Helena estaria produzindo novas zonas de sentido, frente ao conflito emocional o qual a doença implicou. No caso estudado, ocorreu um desenvolvimento pessoal e construtivo face à doença, levando-se em consideração os fatores acima citados que contribuíram para manter a boa auto-estima de Helena.

De acordo com González Rey (2005, apud artigo em anexo)

“É a capacidade de produção de sentidos subjetivos de um sujeito concreto e seus posicionamentos ativos frente às diferentes situações vividas, os quais são uma fonte permanente de novos sentidos subjetivos, que permitem explicar novos momentos de desenvolvimento pessoal no processo da doença, ou pelo contrário, um processo de empobrecimento subjetivo na pessoa portadora da doença”.

Dentro dessa perspectiva de mulher = útero, nos deparamos com Helena, que de forma brusca e sem preparação teve que reorganizar subjetivamente todas estas concepções, pessoais e sociais, para que continuasse a manter sua qualidade de vida. Assim, cabe averiguarmos de que forma Helena fez isso. Percebemos, tanto na reconstrução da sexualidade depois do estupro quanto depois da cirurgia, que Helena teve a relação com os parceiros como sendo essencial. Note-se que ela sempre se sentiu acolhida por eles, que a ajudaram no processo.

De acordo com Baracat (et al. 2000, pp 479), “não se pode esquecer que, quanto maior o grau de participação do parceiro, menor o sentimento de mutilação e perda da auto-imagem”. Esta afirmação se expressa no caso de Helena, que tinha pensamentos de mutilação após a cirurgia e de que o parceiro a iria abandonar; se este não tivesse tido uma postura de acolhida para com seu corpo e seu novo estado, provavelmente ela não teria reconstruído tão bem sua sexualidade. A aceitação do parceiro parece ser de fundamental importância para a auto-aceitação.

No complemento de frase aplicado, Helena corrobora com esta hipótese, ao afirmar que o que ajudou durante a doença foi o amor dos que a cercam. Amor refere-se também à aceitação incondicional do outro. Aceitação remete a contato com a realidade, enxergar o outro como ele é; assim, o sujeito entra mais facilmente em contato com sua nova realidade quando as pessoas ao seu redor o aceitam. Segundo Segal (1994, pp 35), “com o aumento da percepção da realidade e da imutabilidade da própria incapacidade, o indivíduo terá de incorporar tudo isso à sua imagem de corpo e redefini-la para incluir as perdas e as mudanças”.

Ao ser questionada, no complemento de frase, sobre o que dificultou durante a doença, respondeu *“pessoas com fórmulas mirabolantes de cura”*. Nesse sentido, a

impressão que dá é que as pessoas que tentam de qualquer maneira fazer com que você se cure, por vezes até saindo da realidade, demonstra uma maior dificuldade de aceitação do seu estado real, de sua doença. Dessa forma, uma hipótese é de que a aceitação da doença, por parte das pessoas que cercam o paciente, é um fator facilitador do seu processo de cura e de reorganização interna, assim como a não-aceitação é um fator que dificulta o processo.

Segundo Keleman (1996, pp 81):

“O contato – que é padrão de proximidade e distância – atende a uma função. Essa função é a interação mútua para dar suporte a uma forma ou desenvolver uma forma emergente. Um cliente procura um ajudador porque está numa crise de organização de sua vida ou está se movendo para um próximo estágio”.

No caso da reconstrução da sexualidade, o contato, o toque do parceiro e o vínculo entre os dois são peças fundamentais. Como esclarecido pelo autor, auxiliam nessa nova organização de vida que está emergindo, dá suporte às novas concepções que estão sendo formuladas pelo sujeito. No caso de Helena, propiciaram terreno fértil para que ela desenvolvesse livremente sua nova sexualidade e identidade. Em relação à questão do toque, Helena coloca, dizendo que “quando você passa por um trauma, a necessidade do toque ela é muito maior”. Ainda, coloca a importância do parceiro, depois do trauma do estupro: “eu e meu ex-marido, a gente fez esse trabalho, quando eu te falo que a gente ficou seis meses, foram seis meses beijando na boca, redescobrimo, tocando, as primeiras vezes sentindo medo, e depois... ele me respeitou muito, e ele parava, era de um respeito e de um amor por mim enorme, então isso pra mim foi muito importante”. Tanto na questão do estupro, quanto na questão do câncer, Helena obteve na relação com os parceiros uma base em que se sustentar.

Em Penna (1989, pp 22), temos que “o contato corporal funciona como uma confirmação do ser humano, da sua presença real neste mundo e da aceitação desta presença pelos outros. A aceitação do outro se manifesta através do contato, que pode ser visual, tátil ou ambos, incluindo também o nível da palavra”. No caso estudado, a aceitação por parte de Carlos (quando do estupro), por parte de Antônio (na relação

pós-cirurgia) e de Luciano (no casamento), contribuíram para a “normalidade” sexual e para que Helena pudesse desconstruir velhos tabus, construindo seus próprios pensamentos a respeito de ser mulher e feminilidade.

Há uma questão que se coloca: a reconstrução da sexualidade da mulher baseada no vínculo deve que ser melhor investigada em suas origens. Como vimos na história da mulher, esta foi criada para a relação, e em função dessa relação, que seria com o homem. Criada para o casamento e para os filhos, esta mulher acostumou-se a se organizar na base das relações familiares, uma vez que seu único dever era cuidar do lar, filhos e marido. Não seria por isso que a reorganização da mulher se daria pela relação? Estudos mais aprofundados teriam que ser realizados, a fim de averiguarmos se os homens, que foram criados para o trabalho e para a vida pública, também têm o vínculo como forma básica de reorganizar-se internamente.

Quanto á sexualidade, em estudos feitos por médicos norte-americanos (apud Silva, 2001, pp 225) com 1.800 homens e mulheres a respeito de suas vidas sexuais, as respostas foram díspares: “para eles, o sexo ruim devia-se a problemas físicos: próstata aumentada, hipertensão ou diabetes. Para elas, tinham origem psicológica, ligadas a frustrações nos relacionamentos”. Neste estudo, cabe falarmos em reorganização de ordem sexual, pois sabemos que a reorganização interna de qualquer pessoa, na terapia psicológica, se dá através do vínculo terapêutico. Já nas questões de ordem sexual, é possível que haja sim disparidades.

Ao que parece, os homens são muito mais centrados nas questões corporais. No livro de Silva (2001, pp 219) encontramos uma frase que pode revoltar alguns, mas que aqui será exposta a fim de discussão: “os homens fingem amor para receber sexo, e as mulheres dão sexo para receber amor”. No senso comum, todos concordaríamos com tal afirmação. Obviamente que não podemos reduzir todos os humanos a esta condição, mas sim sua maioria. A liberdade sexual está muito mais presente dentre os homens, que exercem-na sem maiores repressões ou culpa. São rotulados como mais “genitalizados”. Para Silva (2001, pp 223), mulheres têm mais facilidade em colocar o sexo dentro de um contexto de afeto, não sendo tão centrada na penetração, ao passo

que, para os homens, esta é indispensável e, por conseguinte, indispensável também é a ereção.

Sob este ângulo, podemos inferir que, como o sexo para a mulher está mais centrado na relação afetiva com o parceiro, este vínculo seria a chave para a reconstrução de sua sexualidade, ressaltando-se sempre que esta concepção é construída historicamente, não inata. Para os homens, como a construção histórica se deu baseada no falocentrismo, a questão da reconstrução de sua sexualidade, após um câncer de próstata ou peniano, se daria de que forma? Seria interessante um estudo que averiguasse tal questão, a fim de melhor entendermos essa questão do vínculo como forma de reorganização que vimos aqui.

Retornando à questão do vínculo como fonte de reorganização e produção de novos sentidos subjetivos para a paciente com câncer, percebemos a questão da emocionalidade. Um vínculo caracteriza-se pela emoção entre duas pessoas, que se relacionam e fazem trocas significativas. De acordo com González Rey (2005, vide artigo anexo, pp 6), “o sentido é a unidade inseparável do simbólico e do emocional”. Assim, vemos que para que haja novas produções de sentido subjetivo, é necessário que a emocionalidade do sujeito esteja mobilizada, e o vínculo torna-se um meio para que essa mobilização aconteça. Em especial, no caso da sexualidade, que consiste justamente na relação com o outro (tanto do ato sexual quanto do relacionamento em si, do “sentir-se mulher” diante do parceiro).

Para Masters & Johnson (1977, pp 236), uma relação comporta a potencialidade de exercer um poderoso efeito emocional para melhor ou para pior, devido ao fato do outro nos reconhecer como seres humanos, em todos os nossos aspectos, coisa que raramente paramos para refletir sozinhos.

Assim, a sexualidade poderá ser restaurada através da vinculação afetiva com um parceiro que esteja disposto a enxergar a mulher como um todo. Como citado anteriormente, seria mais complicado numa relação em que a base fosse apenas os atributos físicos de cada um. Há que se levar em conta a emocionalidade e o sentido que aquela relação tem para cada um dos envolvidos, além de outro componente

fundamental, na sexualidade, que é o desejo pelo outro, pela sua condição biológica sexual.

Vemos em Masters e Johnson (1977, pp 241/ 242), a definição do “ser sexual”, fundamental para que a sexualidade seja exercida com naturalidade:

“Ser uma pessoa sexual significa corresponder aos sentimentos sexuais gerados no corpo, aceitando-os como naturais, saudáveis e bons; gozando-os sem vergonha ou culpa, permitindo que se desenvolvam nas tensões que então requerem certa ajuda. Isso significa ser responsável pela satisfação dos sentimentos sexuais de uma pessoa que está ativamente procurando realizar-se, quer seja por masturbação, coito, ou por meio de quaisquer outras carícias aceitáveis que os casais trocam entre si. E, finalmente, significa o prazer derivado não só de afrouxamento da tensão e as recompensa sexual, mas da experiência completa da afirmação da natureza sexual de cada um. Só com segurança desses sentimentos acerca de uma pessoa é possível prosseguir no prazer sexual como meta em que um dos pares está comprometido no sexo como uma coisa pertinente a um casal”.

Antônio, namorado de Helena na época do câncer, manteve essa visão de Helena como uma pessoa capaz de relação sexual, assim como Helena também manteve essa visão dela mesma. Numa relação entre um casal, há que se levar em conta o vínculo emocional, claro, mas também não podemos ignorar o vínculo sexual existente nessa relação, que é o que faz deles um casal amoroso e não um casal de amigos. Assim, um enxergando o outro com o mesmo desejo que se manifestava antes da cirurgia, e fazendo as devidas adaptações (como o uso de lubrificante), a sexualidade pôde ser mantida.

As palavras de Segal (1994, pp 22), resumem bem o assunto:

“O toque, as carícias, os beijos e a sexualidade são importantes na vida, juntamente com a comunicação aberta, a intimidade e o amor. O sexo é uma forma de comunicação física entre parceiros e o diálogo será de grande ajuda. Devemos excluir de vez as concepções ligadas apenas aos valores estéticos, assim como devemos

ampliar nosso conceito de 'normalidade' na área sexual, partindo para uma abordagem mais global e abrangente do tema".

Essencial também, para Helena, é a projeção que faz no futuro, o seu senso de continuidade, de querer viver e realizar-se. De acordo com ela, *"tenho uma vida saudável, quero viver muito tempo ainda!"*. E o que aconselha às demais mulheres é: *"se ame, se cuide e se sinta mulher!"*. Se posicionando de forma diferente aos mitos, tabus e construções históricas.

Conclusões

A “questão da mulher” já vem sendo problematizada pela psicologia há muitos anos, mas necessita ainda de maiores publicações e maior ênfase, para que algumas construções a seu respeito possam ficar no passado, e que a liberdade que vemos atualmente seja verdadeira e não aparente.

Relacionada ao câncer, uma doença que cresce assustadoramente e mostra-se carregada de concepções negativas e pessimistas, nos deparamos com a problemática de como encarar todas essas configurações sociais e tentar modificá-las. Este estudo mostrou que, devido ao caráter processual que o humano possui, de estar constantemente se renovando – para pior ou para melhor – é possível sim uma ressignificação, é possível encontrar novos padrões próprios e não aqueles dominantes, a fim de manter-se saudável, no sentido completo da palavra.

Os trabalhos em câncer genital e sexualidade são escassos, o que torna relevante a abordagem desse tema, uma vez que, como visto neste estudo, as questões a respeito da sexualidade e vida sexual da mulher vêm à tona no momento do diagnóstico do câncer, assim como após a cirurgia. Como não podemos ignorar tal fato, é plausível que se aumente a literatura a respeito, realizando-se pesquisas mais extensas e mais estudos de caso.

A questão do vínculo, que foi colocada na análise e construção teórica deste estudo, vem também para se colocar como um dos principais temas da psicologia. Assim como a ressignificação na psicoterapia normal se dá através do vínculo terapêutico – e isso é aceito em todas as abordagens – a mulher que passou pela esterectomia ou qualquer outra cirurgia de câncer genital pode também ressignificar o fato e reorganizar sua subjetividade individual – e por quê não interferir também na subjetividade social – através do vínculo afetivo com o parceiro. Porém, uma questão a ser mais profundamente estudada em outra oportunidade, é a questão da diferença dos gêneros influenciando na forma de reconstrução da sexualidade, tornando relevante um estudo com o sexo masculino e câncer genital.

Referências Bibliográficas

- BARACAT, Fausto Farah (et al). **Cancerologia atual: um enfoque multidisciplinar**. São Paulo: Roca, 2000.
- BEAUVOIR, Simone. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Tradução de Sérgio Millet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1949.
- DETHLEFSEN, Thorwald; DAHLKE, Rüdiger. **A doença como caminho: uma visão nova da cura como ponto de mutação em que um mal se deixa transformar em bem**. Tradução de Zilda Hutchinson Schild. São Paulo: Cultrix, 1983.
- DIAS, Maria do Rosário; DURÁ, Estrella (org). **Territórios da psicologia oncológica**. Lisboa: Climepsi editores, 2001 (Manuais Universitários 22)
- DUBY, Georges; PERROT, Michelle. **As mulheres e a história**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1995.
- EHRENREICH, Bárbara; ENGLISH, Deidre. **Para seu próprio bem**. Tradução de Beatriz Horta e Neuza Campelo. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.
- GIMENEZ, Maria da Glória G. (org). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Psy, 1997.
- GUARESCHI, Pedrinho A; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos em representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- GUERIN, Daniel. **Um ensaio sobre a revolução sexual, após Reich e Kinsey**. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- GUILLEBAUD, Jean-Calude. **A tirania do prazer**. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- HITE, Shere. **O relatório Hite**. Tradução de Ana Cristina César. São Paulo: DIFEL, 1980.

- KELEMAN, Stanley. **Amor e vínculos: uma visão somático-emocional**. São Paulo: Summus, 1996.
- KOWALSKI, Ivonete S. G. & SOUSA, Crarilza P. de. Câncer: uma doença com representações historicamente construídas. 2002. Disponível em: <http://www.hcanc.org.br>. Acesso em: 15/09/2005.
- LANDAU, Carol; CYR, Michele G.; MOULTON, Anne W. **O livro completo da menopausa**. Tradução Heloísa Lanari. Rio de Janeiro: José Olympio, 1998.
- MARTINI, Nicola. **Sexualidade: perguntas e respostas**. Petrópolis: Vozes, 1995.
- MASTERS, William H.; JOHNSON, Virginia E. **O vínculo do prazer: uma nova maneira de ver a sexualidade e a confiança**. Rio de Janeiro: Record, 1977.
- MAYOL, Renato. **Câncer: corpo e alma**. São Paulo: Mercuryo, 1989.
- MILHEIRO, Jaime. **Sexualidade e psicossomática**. Coimbra: Almedina, 2001.
- PENNA, Lucy. **Corpo sofrido e mal-amado: as experiências da mulher com seu próprio corpo**. São Paulo: Summus, 1989. (Novas buscas em psicoterapia v. 37).
- REY, Fernando González. **Personalidade, saúde e modo de vida**. Tradução de Flor Maria Vidaurre Lenz da Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- REY, Fernando González. **Sujeito e Subjetividade**. Tradução de Raquel Souza Lobo Guzzo. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- REY, Fernando González. **O social na psicologia e a psicologia no social: a emergência do sujeito**. Tradução de Vera Lúcia Mello Joscelyne. Petrópolis: Vozes, 2004.
- REY, Fernando González. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. Tradução de Marcel Aristides Ferrada Silva. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

SEGAL, Sandra Megrich. **Desfazendo mitos: sexualidade e câncer**. São Paulo: Agora, 1994.

SILVA, Marco Aurélio Dias da. **Todo poder às mulheres: esperança de equilíbrio para o mundo**. 3º ed. São Paulo: Best Seller, 2001.

STREY, Marilene Neves (org). **Mulher: estudos de gênero**. São Leopoldo – RS: UNISINOS, 1997.

Artigo Abrale: <http://www.abrale.org.br/doencas/cancer/> (sem autor especificado).

Anexo 01: Entrevista Transcrita

Iniciamos conversando sobre a situação atual, em que apareceu um nódulo em seu seio direito, mas está sendo medicada e aguardando a resposta do próprio organismo, no sentido de diminuir o nódulo, que não se apresentou como sendo maligno, mas ainda não foi realizada a biópsia:

O tamanho do meu nódulo é um valor que eles consideram razoável, mas não tem aspecto de malignidade, até porque eu estou sentindo muita dor...O meu no caso deu nódulo não identificado, né...depois o médico botou neoplasia benigna, no quadrante inferior da axila direita. E eu tava lendo ontem...eu nem gosto muito de ler não, porque você começa a ler as coisas você fica muito impressionada...é interessante que o câncer de mama tem uma evolução de 6 a 8 anos às vezes pra poder aparecer, apontar alguma coisa. E no caso eu não tinha nada na mama até...em 2002 foi que apareceu esse nódulo, você acredita que esse nódulo ele caminhou...porque aqui, em 2002, ele era palpável, era no seio direito mesmo...Aí entrou com medicação, e ficou provado que não era nada disso, com mamografia na época, e aí ele sumiu... Meu médico não acredita que ele tenha sumido, porque o nódulo é de difícil detecção, até pelo próprio exame, eles pegam mais pelo tato mesmo, entendeu? Aí nesse agora já apareceu, então... assim, não é cisto, né, senão seria melhor, porque cisto é só um composto de líquido mesmo, ou sangue, depende do cisto...mas não é um cisto, é um nódulo mesmo.

Aí você está só tomando medicação para reduzir...

O médico falou que vai esperar um mês, e se em um mês não tiver reduzido nada, a gente já faz a biópsia, ao faz e retira...Só pra evitar mais dores, um sofrimento maior. Mas eu acredito e ele também acredita que com essa medicação suma, né...tomara

E como você está se sentindo agora, com isso?

Olha, eu já tive câncer de útero, em 1998, tive que tirar meu útero todo, fazer uma esterectomia, uma forectomia para tirar um pedaço do meu rim, um pedaço da bexiga,

então foi muito ruim...foi uma experiência horrorosa, nunca senti tanta dor na minha vida

Mas foi câncer em que parte específica?

De útero mesmo, e o meu câncer não foi dentro do útero, então quando fazia a transvaginal, não detectava, porque estava revestindo a parede externa do útero. E como foi descoberto isso: eu comecei a sentir muito mal estar, muito cansaço, muita tontura, desmaios, como se seu tivesse com uma infecção muito forte, e eu fiz um exame de sangue que detectou assim, você tem uma infecção no seu organismo, agora nós temos que rastrear aonde, que área está infectada. E aí a minha sorte é que meu ovário direito, ele tinha um cisto que nessa época, por todo o processo, ele inchou. Aí meu médico falou assim, olha vamos fazer logo a cirurgia e tudo que eu acho que vale a pena, pra ficarmos mais tranquilos. E aí eu entrei pra cirurgia pra retirar esse ovário, e saí sem o útero. Então assim, pra mim foi muito traumático

Você foi só pra retirar o ovário, não sabia de nada...

Não, ninguém sabia. Assim, quando abriu, o cheiro do câncer, quando ele está bem avançado, é...o que é o câncer? São células mortas, então é um cheiro de podre mesmo, putrefato mesmo. E o médico disse que se assuntou, porque quando fez a incisão, na minha cesária que tive os dois filhos, ele falou assim que o cheiro de coisa podre foi horrível...Falou "meu Deus", e tirou o ovário direito...e na hora que ele mexeu assim, resolveu levantar o útero, viu que a parede de trás do útero, do colo, tava toda revestida já. Então um cirurgia que era pra ter durado duas horas no máximo, durou oito horas e meia...aí teve que tirar tudo, eles não podem correr o risco, porque quando vê que é por dentro do útero, eles removem o útero e mesmo assim fazem tipo uma esterilização, tudo...é como se fosse uma limpeza lá dentro, né. E no caso do meu, meu médico tirou um pedaço da bexiga, e eu sentia muita dor depois...tirou um pedaço do rim, e um pedaço do abdômen mesmo, pra não correr risco, de aparecer de novo. E quando acordei tinha três médicos dentro da UTI, e eu fiquei assustada, perguntei o

que estava acontecendo, e tudo, foi ao que a médica falou, olha, aconteceu um imprevisto...e tal...e assim, foi um baque muito grande pra mim. Aí entrei na época com um tratamento quimioterápico, e paralelo a ele tinha uma psicóloga que me acompanhava especialista em psicooncologia, que mora em Fortaleza. E todo o tratamento e cirurgia eu fiz lá, porque eu morei lá dois anos, tinha uma escola lá, e fazia um ano que eu estava em Fortaleza quando eu descobri, e aí fiquei um ano lá fazendo tratamento e quando terminei a quimioterapia é que eu voltei pra Brasília. Foi um período muito difícil, muito muito difícil...

Você morava com quem lá?

Morava eu e meus dois filhos, e tinha uma babá que praticamente criou meus filhos comigo, e minha mãe e meu pai aqui. E foi uma fase difícil porque eles tinham que se revezar pra ficar lá comigo...porque aqui eles moram numa casa, então assim, não podia deixar a casa, e se um ia o outro tinha que ficar, porque tinha cachorro, casa pra tomar conta, etc, etc. E aí, o que que acontece: de um mês pra cá, um mês e meio, eu comecei a ter constantes infecções, de garganta, nariz, ouvido bexiga, sobe e desce, sobe e desce, e eu entrando com atestado, passava mal...e aí tem uma médica que eu fui, que me acompanha, e falou assim, “olha, você tem sinusite crônica, faringite crônica”, então começou a me medicar. E eu não melhorava, sempre com aquela sensação de mal estar, febre, etc, etc. Aí como eu atendo lá no HRAS, um dia eu passei mal, e aí um médico que trabalha com a nossa equipe, que é ginecologista, né, masto, ele perguntou pra mim...eu coloquei pra ele a questão do câncer de útero, e ele perguntou há quanto tempo eu não ia no ginecologista. Eu falei, “ah, não sei...Pra mim parece que foi ontem, não sei te precisar quanto tempo”. Aí ele falou assim “eu vou fazer um exame em você, pra te tratar”, e eu também reclamei muito de dor no braço, eu já vinha sentindo um incômodo no braço direito. Eu falei isso pra otorrino, e ela explicou que essa bactéria da garganta pode se espalhar pela corrente sanguínea, atacar os rins, então fica mais dolorido, e tal...Então eu nunca imaginei, nunca. E aí quando ele falou pra mim foi engraçado, porque eu tinha pacientes pra atender, e ele me atendeu num horário que uma paciente faltou. E ele já fez os exames, já fez a ultra-

som na hora, me deu a medicação pra tirar a dor, Tilatil, e um anti-inflamatório também, eu não me lembro qual, e aí ele falou que “isso ia tirar a sua dor, esse mal estar que você está” e falou pra eu ir pra casa descansar. Mas eu voltei pro consultório como se nada tivesse acontecido, abri a porta da minha sala, entrei, e ainda atendi mais quatro pacientes. Vim pra faculdade, assisti aula, fui pra casa, sabe, continuei com minha vida como se nada tivesse acontecido, ou seja eu fiquei com as cinco fases da, que ela fala no livro dela, “Sobre a morte e o morrer”, que ela fala da negação, entendeu? Aí eu neguei, completamente: não era comigo, era com o meu umbigo! Não era, era como se eu tivesse acompanhado alguém, ali dentro do hospital, pra fazer o exame, ta, não to doente... Aí depois eu senti muita raiva, porque óbvio, né...e aquilo vinha na minha cabeça “olha, tem que fazer o exame”, e eu fugindo do médico no hospital, era uma coisa ridícula...

E na sua cabeça já estava...

Não, assim, eram nódulos, “não, não é”. Aí depois eu comecei a sentir muita raiva, raiva de tudo, fiquei muito nervosa, briguei muito com meu marido, qualquer coisinha me irritava, no trânsito, sabe, qualquer coisa me irritava. Sentia muita raiva, e sempre que eu ia deitar, pra dormir, vinha aquela pergunta “pô, porque eu? Porque comigo? E de novo?” Aí mais uma vez veio assim “não, não é possível”. Aí tem uma outra fase, que ela chama fase da barganha, que eu achei assim interessante. Ela fala assim que...eu notei assim, que eu comecei a fazer mais orações (risos)

Negociando...

É exatamente, então eu vou ficar boazinha, porque eu sendo boazinha, papai do céu vai olhar por mim, né, e isso vai desaparecer da minha vida! Então foi interessante isso. E depois veio a depressão. Aí eu entrei num processo que eu não vinha na faculdade de jeito nenhum, e esse médico entrou com medicação, me passou anti-depressivo, né...falou assim “vou te dar fluoxetina” porque eu estava muito ansiosa, comendo demais, aquela coisa assim, ou eu comia demais ou eu não comia, muito alterada,

descompensada até, sabe. E aí ele me passou fluoxetina e o diazepam, que eu tomo um quarto de diazepam e um comprimido de fluoxetina, geralmente eu divido o comprimido em dois, e tomo meio de manhã e meio à noite. E foi aí que equilibrou um pouco mais, mas foi uma semana que eu só dormia...

E há quanto tempo foi isso?

Agora vai fazer três semanas. Aí pronto, até então eu fui fazendo tudo. Quando foi semana passada, na quarta feira eu tive um Congresso, lá da Secretaria de Saúde. E nesse Congresso eu conversei com uma das minhas supervisoras, que é a, e como ela me conhece já há algum tempo falou “você está diferente, ta triste com alguma coisa?”. E depois que eu contei pra ela, contei pra algumas amigas, fui na casa do meu tio, contei pra ele, e ele falou assim: “Que você não queira contar pra sua mãe, pro seu pai, até porque eles já viveram todo o processo, e a pessoa fica muito traumatizada”, e eu que trabalho com família vejo que a doença ela tem uma expansão, ela ultrapassa o doente, ela pega todos os membros da família, e cada um reage de uma forma, ou negando, ou mostrando agressividade, cada um tem a sua maneira própria de agir. E aí eu contei pro meu marido. Porque que eu não queria contar pro meu marido? Porque a mãe dele em 1996 morreu de câncer de pulmão, e quando foi detectado já não tinha mais nada pra fazer, não tinha quimioterapia, cirurgia, nada, estava completamente metastasiado. Inclusive, além dos ossos, o cérebro também. Então a mãe dele assim em oito meses morreu. E como é que ela passou mal? Foi dar uma caminhada na praia, tava de férias, e sentiu tontura, um pouco de mal estar, e começou achando que era uma gripe, um resfriado, dor no corpo, e quando foi ver o negócio já estava bem avançado. Então o meu marido é super emotivo, eu acho que ele não enfrentou legal o caso da mãe dele, ele não trabalhou, não elaborou isso direito, e eu sabia que essa notícia ia ser um impacto muito grande pra ele. Por que? Porque quando a gente começou a namorar, com dois meses de namoro, eu contei pra ele. E quando eu contei, me lembro na época, ele ficou meio distante na hora, inventou uma desculpa e foi embora. Fiquei até um pouco chateada mas falei, “ah, relacionamento na base da mentira não rola”. Depois ele me contou que chegou em casa assim, totalmente

chateado, desnorteado, ele ficou dirigindo uma hora, ouvindo música pensando, e falou pro pai dele “olha pai, eu acho que vou terminar meu namoro, eu gosto muito dela mas, assim, ela me contou que já teve um câncer, e eu não consigo lidar com isso”

Ele associou com a mãe...

Exatamente, associação total com a mãe. Ele falou assim “se acontecer alguma coisa com ela de novo eu não tenho força”, porque foi ele que acompanhou todo o processo da mãe, ficou com a mãe no hospital quando ela deu os últimos suspiros, aquela coisa toda sabe, ele que foi lá, que levou a roupa, que acompanhou tudo, que viu tudo. Ele quem deu a notícia pra família, que ele é o filho mais velho. E eu assim “meu Deus do céu, pode ser uma caroço de amendoim que ele vai morrer, eu conheço ele”. Dito e feito, pra ele foi um impacto horrível, ele está péssimo, sabe. Ontem eu estava passando mal por causa da medicação, e ele chorou muito. Eu fico brincando com ele o tempo todo, fazendo gozação, mas ele ,nossa, ele entra no sentimento assim que às vezes pra você tirar é difícil. Ele chora muito, sabe, não consegue dormir, e hoje eu acordei com ele olhando pra mim, fazendo carinho em mim e chorando, e eu “ai me Jesus Cristo”, é...

Sim, às vezes você tem que fazer um trabalho de consolo?

Não...não com isso. O meu jeito de reagir é assim, eu acho que eu sou muito forte, sabe, não tenho essa coisa de ficar chorando, entendeu? Não é meu, sabe, a minha vida não pára. Eu me lembro que na época eu tava me formando em letras, fazia psicologia também e dava aulas. Antes de detectar o câncer e de tirar o útero, eu tive alguns miomas no útero, no ovário, e fiz quatro cirurgias, antes do câncer propriamente dito, então eu tive alguns miomas, pequenos pedacinhos, então eu brinco assim que foram tirando pedacinhos, sabe assim, pedacinho, pedacinho, pedacinho? Então não é meu, não é de mim, entendeu, ficar chorosa. É engraçado que até assim pra eu ficar no estado triste da coisa, eu me permito um tempo, a partir dali acho que é você sentir muita pena de si mesmo, eu não acho que isso ajuda. Uma das coisas que eu acredito,

quando eu comecei a contar pro pessoal assim, contei pro meu marido, contei pros meus filhos, que já têm 15 e 14 anos, contei pra minha mãe e pro meu pai, ou seja, contei, né, pras pessoas mais próximas, pra se alguma coisa acontecesse assim, e eu to fazendo mestrado, paralelo à formatura, já mestrado em psicologia, então eu tive assim, que contar...

Pra se um dia você faltar...

Não, e teve um dia que eu saía da sala de cinco em cinco minutos, segunda feira agora, porque eu estava vomitando sem parar, por causa da medicação, aí eu “poxa, que droga é essa?”, né. E agora eu estou na fase de tratamento mais, né, porque a partir do momento que você encara a doença, emite uma aceitação, você começa a enfrentar, aí pra mim veio o enfrentamento mesmo. Então se você fica muito penoso, fica muito preso, fica numa fase muito alienada, sabe, chorando, sentindo pena, chorando, você não tem força nem pra lutar, você não tem força pra levantar, você não tem força pra enfrentar. E essa é uma fase muito difícil. E quando foram as outras vezes as pessoas até diziam pra mim, que iam me visitar, mas depois da cirurgia e tudo, porque foram cinco cirurgias ao todo, e elas falavam que era engraçado, porque parece que depois da cirurgia eu estava mais saudável do que antes, entendeu, eu não me permito entrar num estado...porque eu acho que nós somos responsáveis pelo nosso processo, ninguém pode fazer nada por mim se eu não fizer, e a forma como eu encaro a doença é a forma como eu vou fazer o tratamento, sabe, a minha vida...e eu adoro, dou muito valor à minha vida. Então assim, a gente vai fazendo trocas: a primeira coisa, eu adoro nadar, e nado religiosamente 1000 a 1500 metros, nem que seja duas vezes por semana, e o médico cortou: “por hora exercício nenhum, vamos esperar melhorar, senão vai piorar, você vai ficar mais fraca, o exercício nessa fase não vai te ajudar, ele vai te piorar”. Então assim, é muita troca que você tem que fazer, abrir mão do que você gosta...A seqüela que eu tive da quimioterapia que fiz por causa do útero foi a coluna, né, fiz uma cirurgia de coluna agora em dezembro passado, porque eu tive uma discopatia degenerativa, então três discos da minha coluna, da lombar, ficaram, né, e assim, eu tive que abrir mão das coisas que eu mais gostava: jogar

peteca não pode mais por causa do impacto, salto alto, acabou, não pode, e eu só usava...então foi meio que assim um velório, meus sapatos, fiquei de luto dos meus sapatos (risos), eu demorei 6 meses pra desfazer. Primeiro, assim, fui por etapas, coloquei todos em caixas, e aí depois coloquei no armário, e aí no dia em que eu me sentir preparada eu vou doar, mas eu não me senti ainda (risos), e ta sendo por etapas, daquele que eu menos gostava até chegar *naquele* sapato, que até hoje ta lá guardado, já tem dois anos (risos). Dois anos que foi detectada a doença, um ano que eu me operei, né...mas a sandália adorada ta lá ainda, porque eu usei uma vez só, e eu era louca por salto. Então assim, são coisas que você vai elaborando, é difícil? É, não é fácil, é muito difícil, sabe, você rir, brincar, como é que eu acho que eu consigo passar? Assim, eu tenho uma vontade de viver muito grande, eu dei uma volta na minha vida...acho que eu dei uma reviravolta. Quando eu tive o câncer, eu tinha um sonho muito grande de fazer psicologia, só que na época faltava uma no pra eu me formar em letras, aí meu pai falou “pô, você vai fazer só uma faculdade, não vai abandonar, termina logo”. E aí o que que acontece, vem co mercado de trabalho, o concurso da Fundação Educacional, aí eu fui ser professora, fui ser coordenadora, e depois fui ser diretora de escola, morei na Inglaterra um tempo e fui pra Fortaleza pra montar uma cede dessa escola que eu tinha estudado lá em Londres em Fortaleza, aí foi quando eu adoeci. E no processo de adoecimento eu vi que eu fiz muitas coisas...eu não acredito em acaso, talvez eu tenha precisado passar por todo esse processo pra crescer como pessoa, aprender algumas coisas, aprendi muito! Você ter o domínio da língua inglesa é muito legal, você morar num outro país é muito maravilhoso, (...). Fiquei seis anos afastada da psicologia, e em 2002 eu voltei, e agora to aqui corpo e alma na psicologia. Engraçado que rodei, rodei e voltei para o mesmo lugar que eu parei, que foi a psicologia da saúde, voltada pra o pessoal que está lá tanto para o acompanhamento. Então eu já passei por psicooncologia mesmo, fiquei muitos anos nesta área, UTI neonatal, UTI pediátrica, clínica da violência, e acho que isso me dá uma força muito grande, eu amo viver, eu amo acordar, amo fazer o que eu faço, ir estudar, eu não me vejo parando, pra mim o céu é o limite. E ainda brinco assim, pra que se existe mesmo vida após morte, lá eu ainda continuar fazendo minhas coisas. E hoje a coisa que eu mais quero é me formar, que já está tão pertinho, que esse nódulo realmente ele suma,

né, desapareça de uma forma saudável, não tenho medo de cirurgia, não tenho medo de tratamento, quimioterapia

Mesmo porque você já passou por tudo isso...

É, mas é horrível, sabe, assim, quando eu tava careca, teve um dia assim que é muito interessante, eu dava muita palestra no Hospital de Base quando eu era da Rede Feminina, e eu começava assim, tava aquele burburinho na sala de espera, algumas chorando, todas tristes, aí eu começava sempre assim: “gente, eu tive câncer, então câncer tem cura, então hoje eu to aqui pra contar isso pra vocês”. E aí todo mundo pára, né

Se identifica...

É, já se identifica. E aí como é que foi comigo? A primeira sessão de quimioterapia que eu tive foi horrível, antes de eu entrar na sala eu desmaiei três vezes (risos), eu na conseguia, não conseguia, eu chorava, desmaiava, igual criança mesmo, ficava assim me segurando no batente da porta “eu não quero, não vou, não quero”, foi assim horrível...

E como é a quimioterapia?

Ah, tudo de pior! Porque é muito ruim, não é legal, antes, durante e depois acho que é uma tortura psicológica, foi horrível, horrível. Foi logo depois da cirurgia, eu ainda estava me recuperando da cirurgia e já tive logo que entrar...tanto é que a primeira medicação que eu tomei já tomei logo no hospital. Então eu me lembro que quando eu fui, desmaiei três vezes só pra entrar. E nas primeiras horas você vomita, dorme, dorme, vomita, fica nessa, né. E a segunda vez foi horrível, na terceira eu já estava mais acostumada, a quarta...quando eu tinha seis meses de quimioterapia, que eu já tava assim com o cabelo parecendo cabelo de boneca, que eu sempre fui muito cabeluda, então assim, como é que foi meu processo? Meu cabelo era na cintura, todo

cacheado, loiro, e não podia nada de tintura, e eu tive que deixar aquele cabelo de duas cores, bicolor, e pra mim que sou vaidosa foi horrível. Aí, eu comecei a acordar com o cabelo no travesseiro, e ainda de duas cores é pra matar mesmo, né? (risos). Aí eu falei, “quer saber de uma coisa?” Parei no salão e cortei chanel. E cai muito mesmo, você passa a mão assim, quando vai tomar banho, sai aos tufos assim, foi uma coisa horrível, horrível, e aí cortei bem curtinho. E aí ficou falho. E o que eu fiz? Eu tinha muita vergonha, e Fortaleza é muito quente, então eu andava parecendo árabe (risos), com aqueles lenços assim mais fresquinhos. E eu passei em frente a uma loja de criança e vi umas borboletinhas, laçinho de fita, eu falei, “ah, quer saber de uma coisa?”. Mas eu não tinha coragem de usar. Por isso eu acho que nada é por acaso. E eu me lembro assim que na sexta sessão de quimioterapia, eu estava andando pelo hospital Albert Einstein lá em Fortaleza, e eu errei a saída assim, era pra eu ir pra um lado...e olha, como é que eu erro assim? Eu to lá há tanto tempo e erro assim, como é que pode? Fui pro outro lado, e nisso eu parei na ala das crianças quimioterápicas e terminais, e aí eu entrei, e aí e comecei a conversar, contar história e brincar...E aí o pessoal começou a achar que eu era voluntária que eu era uma das adolescentes, que lá também tinha adolescentes internos, e nisso eu fui ficando, e fiquei como voluntária mesmo...

E isso te ajudou?

Exatamente, porque eu sabia...então eu ia pra quimioterapia, e no outro dia já, eram 24 horas passadas de relógio pra mim, e aí já depois eu já estava trabalhando, atuando, e já formei uma rede, as pessoas iam no meu apartamento doar as coisas, eu arrecadava sacos e sacos de brinquedo, sabonete, pasta de dente, e comecei a fazer palestras, falar sobre a questão do câncer...

Você abraçou a causa...

Abracei a causa. E assim, era engraçado que quando eu chegava no hospital as mães vinham me abraçar, entendeu, aí eu ia ver a crianças...Aí eu tive a minha primeira perda

de criança que eu acompanhava, e foi uma história que mexeu muito comigo, porque essa criança era um garotinho chamado Francisco (pseudônimo), e parecia que tinha oito meses, nunca andou, e tinha leucemia. Já estava na fase terminal, no isolamento, e não falava, só verbalizava. “Ca” era caminhão, “xu” era que eu era muito branquinha, e falavam que eu era a Xuxa, tia Xu (...) e eu também sempre andava muito enfeitada...

E você acabou usando os lacinhos e borboletas no cabelo?

Nossa, eu usava borboletas que balançavam, vivia cheia de coisas, por isso esse apelido de tia Xu. E eu ganhava brinco de joaninha, essas coisas assim, ursinho...me emperequetava mesmo, né, toda colorida, eu parecia um arco-íris, e era engraçado. E quando ele me via esticava os braçinhos e falava “xu, xu”, e ele ficava louco, não podia ver caminhão. E um dia a mãe dele falou assim, “nossa o sonho dele é aqueles caminhões cheio de carrinhos, aquelas carretas mesmo”, e um senhor me doou uma. Eu embalei e no outro dia eu fui lá. Quando cheguei, ele tinha morrido no dia anterior. E foi horrível, nesse dia eu chorei, chorei, chorei. Acho que eu chorei por mim, por ele, por todas as crianças, por todo o câncer do mundo. E aí eu me lembro dessa cena, todo mundo chorando assim, a psicóloga chorou, todo mundo chorou, né, e eu desembalei o caminhão, peguei os carrinhos e fui, como sempre eu fazia de enfermaria em enfermaria, distribuindo os carrinhos e o caminhão. Então foi assim, eu acompanhei muita morte, muito luto, muita perda da família, por isso minha vontade de trabalhar com família que é o que eu faço hoje também, né, e hoje eu trabalho na linha psicanalista lacaniana e também na sistêmica, minha formação na psicanálise e meu mestrado na sistêmica, então estou tentando unir as duas coisas, porque eu não consigo conceber separar o sujeito da sua família. E aí veio essa paixão, e tudo, e por isso eu acredito que eu seja assim tão forte, porque eu ainda tenho tanta coisa ainda pra fazer, sabe, eu quero fazer ainda tanta coisa, sabe...

Sim, você abraçou a causa e isso te deu mais força pra seguir. Eu queria saber um pouco mais sobre o câncer mesmo que você teve, sobre o seu processo e o momento em que você ficou sabendo que haviam tirado seu útero...

Foi um impacto horrível!

Qual a primeira coisa que te veio na cabeça?

Que eu vou morrer. Que eu vou morrer. Porque a palavra câncer está associada à morte. Praticamente, assim, no popular, é como se fosse um sinônimo de morte. Então a primeira coisa que eu pensei é que eu ia realmente morrer. Então depois acho que eu vivi tido esse processo mesmo, você nega...mas aí já não tinha como eu negar não, já fui pra depressão mesmo, mais que depressão, né...foi pá-puf! (risos). E depois veio o processo que eu fui me trabalhar mesmo, de enfrentamento, de aceitação, e não só disso. Eu com 28 anos, uma mulher sem útero: um fantasma! O que ficou dentro da minha barriga? É um oco que fica, o que é que fica? Eu lembro de eu perguntando isso para o meu ginecologista: e agora, lá dentro, é um oco, eu não vou sentir mais nada? Como é que eu vou ter relações sexuais? Eu vou sentir prazer, não vou? Aquela coisa: eu não vou menstruar mais. E eu me vi, uns seis meses depois da cirurgia, eu me vi passando por algumas situações que eram assim doídas. Uma porque quando eu operei eu fui pra uma ala que era de mães, né, maternidade, não sei por quê. E aí eu estava me recuperando da cirurgia e entra uma enfermeira: “oi mãezinhas!!!”. Aí eu...”não, eu não sou mãezinha!” Aí ela “não, desculpa, eu que devia ter olhado o prontuário, desculpa”. Aí eu disse que não podia pedir desculpa, que eu tava na ala da maternidade, e quem tava deslocada ali era eu, né? E isso aconteceu algumas vezes, com algumas enfermeiras, em alguns plantões. Na primeira vez foi impactante, na segunda eu já estava fazendo piada. Outra coisa que eu me pegava, quando ia ao supermercado, era comprando modess. E pegava, colocava no carrinho, e olhava assim “gente, mas eu não menstruo mais!”. E eu devolvia. E aquilo me dava assim uma coisa...E quando eu ia ao ginecologista: data da sua última menstruação? Aí eu falava, e ele “ué, mas você está com a menstruação atrasada, ta com ciclo irregular?”, porque eu dava uma data de oito meses atrás. E eu peguei uma ginecologista que toda vez eu tinha que contar a mesma história, porque ela não lia o meu prontuário, e toda vez ela me perguntava, toda vez, mulher doída! Que saco! Nossa, era horrível. Mas assim, com

o tempo, com bem pouco tempo, você vai saindo dessa nuvem. Eu tenho dois filhos, o impacto de você saber que você não vai mais ter filhos é um impacto ruim, assim, “poxa, que droga, não vou mais ter a chance, nem que eu quisesse eu ia mais ver minha barriga crescer, e tudo”. E aí vem uma coisa muito, muito grave, que eu não uso com meus pacientes de forma alguma: não tem mediação para aquela dor!!! Não adianta você chegar pra uma pessoa que não tem útero e falar pra ela assim “ah, mas pelo menos você tem dois filhos!”, não! Ela ta chateada porque ela não tem útero, não é porque ela tem dois filhos! O fato de ela ter dois filhos não significa nada naquele momento, porque a dor é de não ter o útero! Eu não posso mais engravidar, ponto! Então respeite, porque depois ela mesma, na sua própria fala, vai falar, “ah, mas eu já tenho dois filhos”, e ela vai trabalhar com isso! E é horrível, as pessoas assim, parece que acham que têm que dizer alguma coisa pra você: “olha, pelo menos você já tem dois filhos, graças a Deus”...

Parece que tem que consolar de alguma forma, né?

É, entendeu? E eu acho isso uma porcaria! Deixa com muita raiva! Eu preferiria que as pessoas chegassem assim “poxa, eu sinto muito por você não ter mais útero”. É melhor do que chegar assim “pelo menos você está viva, pelo menos você tem dois filhos”.

Não é esse o foco no momento...

Exatamente. Assim, óbvio, graças a Deus que eu estou viva, a gente tem que celebrar a vida, comemorar, todos os dias. Acordar, olhar, ver um passarinho, entendeu, vida! Escovar os dentes, como é gostoso escovar com a sua própria mão, poder andar sozinha, comer sem ninguém estar botando comida na sua boca, tudo isso é maravilhoso, comer e não vomitar, não precisar ficar um mês comendo papa, isso é maravilhoso! Isso é vida! Não sair desmaiando pelos lugares, por fraqueza ou porque você está num processo quimioterápico, isso é...nossa!

Claro! E qual a sua impressão de útero, o que ele representa pra você?

Útero pra mim é o materno, é o feminino mesmo, né? Eu acredito assim, dessa forma, que eu expulsei meu útero, porque eu fui estuprada, entendeu, e foi uma das coisas que eu trabalhei muito em terapia. Porque pela visão psicossomática, eu fiz curso em psicossomática, com o Magaldi em São Paulo, muito legal, eu aprendi muito, e fui fazer o curso justamente porque eu queria entender um pouquinho esse processo: como nosso organismo pode somatizar as nossas dores. A psicossomática, né, a mente somatizada no corpo físico. As dores psíquicas somatizadas no corpo físico. E eu acredito que eu vivi um processo de rejeição mesmo, rejeição do feminino, porque querendo ou não, no meu simbólico, na minha concepção subjetiva, o meu feminino ele foi invadido, ele foi agredido, ele foi violentado. Eu fui assaltada, e hoje eu escrevo muito sobre a questão do assalto, da violência sexual como um assalto mesmo, o assalto incestuoso, o assalto do abuso, né. Porquê do assalto? Porque você não pediu pra ser assaltada, e aquilo ali foi tirado de você, porque o assaltante ele leva alguma coisa de você, nem que seja sua dignidade. Pra mim, o estupro no meu caso, foi justamente isso, ele me roubou alguma coisa. E eu acho que não trabalhei isso em processo terapêutico, na época eu era adolescente ainda, meu pais até hoje não sabe disso...não tinha esses retrovirais, então eu tive HPV. Eu não pude ter meu filho por parto normal porque, durante a gravidez o organismo entra numa baixa orgânica, e aí o HPV...é...

Se aproveita...

Exatamente. E eu não sabia que eu tinha HPV, porque meu estuprador, óbvio que nenhum estuprador usa camisinha, né? Até parece! Então assim, hoje quando eu trabalho com clínica de violência sexual, a primeira coisa a gente encaminha, toma os retrovirais, toma os remédios de DST, exatamente pra evitar gravidez indesejada, doenças sexualmente transmissíveis, a própria AIDS, né? E na minha época não tinha nada disso. Eu me lembro que eu fui pra casa, não tinha delegacia da mulher ainda, era bem mais difícil, eu teria que ir numa delegacia no meio de um bando de homem, sabe, olhando pra minha cara...e no dia que isso aconteceu eu estava com uma turma de

amigos, e seis deles eram policiais, e poxa, meu próprio amigo que era policial civil falou pra mim que era muita humilhação, pra eu não ir. E aí eu só fui pra casa, só tomei o cuidado de tomar pílula, nem tinha pílula do dia seguinte não, eu só me entupi de pílula anticoncepcional, acho que eu tomei umas cinco que o médico falou, que o ginecologista me pedia. Ele fez então uma cauterização, vamos dizer assim uma limpeza, né? E aí acho que eu entrei num processo de rejeição mesmo, desse órgão que não foi trabalhado, e que foi invadido. Eu acredito que hoje o trabalho que eu faço, se eu tivesse feito comigo, talvez eu não tivesse feito um câncer, porque eu acredito que nós fazemos o câncer. O câncer é a maior expressão de dor que você pode estar mostrando. E o que que é a mama? É o feminino também, é o materno. É engraçado...meu ex-marido assim, foi o grande amor da minha vida, eu sou casada com outro e tudo, mas olha como a gente é maluco, que o ser humano é egoísta, doido, e tudo! E ele casou, a mulher engravidou, e agora me aparece um caroço no peito, não é engraçado?

E você sentiu que era isso?

Eu acho que eu sinto...Nem tudo você pode dizer que é psicossomático, assim, “tudo é psicossomático!”, não.

Mas também não dá pra ignorar isso?

É, porque eu acho que o nosso corpo ele fala muito, fala demais, e são questões assim que eu me calei, que eu não...meio que...não sei se eu neguei, recalquei (risos), entendeu, sempre mantive a pose com meu ex-marido: “ah, meus parabéns, meus parabéns”, sempre fiz muito isso. Acho que eu me violentei, porque eu nunca me permiti nesses doze anos de separação berrar, gritar, meu orgulho nunca permitiu isso, armar uma barraco às vezes é bom. Engraçado que eu consegui fazer isso em outros relacionamentos, mas nunca dei o braço a torcer pro meu ex-marido. Acho que foi um processo que eu me senti muito por baixo, e dois meses depois da gente se separar ele já estava com uma menina que ele já namorou cinco anos, e ela pegava meu filho no

colo que tinha dois anos de idade, então assim eu nunca me permiti. Então assim, é duro, mas eu falava assim “ele nunca vai ter o prazer de me ver pedindo pinico”, vamos botar assim, entendeu? Então acho que eu sofri de outras formas, meu corpo chorou de outras formas, eu acho que ele gritou de outras formas, entendeu? Mas eu nunca, nunca, sempre com muita classe. Até hoje. Tanto é que a filha dele nasceu tem um mês e meio, e ele me mandou, pro meu e-mail, fotos dela, beleza, a criança não tem nada a ver com nós dois, com relacionamentos mal resolvidos, mas aquela coisa “você é minha amiga então vou mandar pra você fotos da minha filha”, até aí tudo bem, mas mandou fotos da mulher dele segurando a neném, dele segurando a neném. Por que que eu quero foto dele? Por que eu quero foto dela?

Isso foi antes do nódulo no seio?

Foi antes, assim que ela nasceu, tem um mês...Paralelo (risos)! Então eu acredito muito que a gente somatize sim, eu acredito.

E como foi a ordem dos acontecimentos?

Fui estuprada aos 16 anos de idade. Eu era namorada do meu ex-marido. E tínhamos acabado de sair do cinema, a gente tinha ido na sessão das oito, e era umas 10h20m mais ou menos, porque no dia seguinte a gente tinha uma vida muito ativa, pedalar, eu gostava muito de praticar esportes, judô também, então a gente tinha treino juntos, essas coisas assim, né? Eu era muito atleta, tanto eu quanto ele. Ele parou o carro dele, embaixo da minha janela, do meu prédio, perto da guarita do porteiro, e dois caras chegaram e renderam a gente. O porteiro na hora interfonou na minha casa e meus pais ficaram loucos. Minha mãe ligou pros pais dele, contou. E levaram a gente pra perto do Paranoá, mandaram ele tirar a roupa, e ele é muito grandão, muito forte, mas bateram muito nele, o cara tava armado, um com uma faca outro com um revólver, e fizeram ele tirar a roupa, ficou só de cueca com as mãos amarradas com a própria camisa, amarrou os pés com um cadarço, e eu que desamarrei depois. E o outro cara me pegou, então assim, eu não me lembro...eu só senti uma dor, muito grande, porque

eu era virgem. Então ele fez penetração vaginal, e ia tentar penetração anal, e quando eu não estava sentindo mais nada, sabe...

Parece que saiu do corpo?

Assim...e ele fazia eu ficar olhando pro meu ex-marido e ele olhando pra mim. A perversão do abuso, né. E eles riam, riam, riam, eu não sei como é que conseguem ter ereção, gente, eu fico besta, bestificada...

Sim, por mais que estudemos sobre isso não conseguimos absorver...

Não consegue entender. E eu assim, só chorava acho que só lágrima, porque a dor que eu mais sentia...eu fiquei com tanto medo de ele matar meu ex-marido que eu só olhava pra ele pedindo “não reage”, parece que eu não estava no meu corpo, eu estava mais preocupada com ele, porque o cara com uma arma na cabeça dele, eu ficava imaginando a cena, do cara puxando o gatilho e ele caindo, e me dava um desespero, eu rezava muito a Deus pedindo assim “meu Deus não me deixe morrer, não deixa a gente morrer, eu sou filha única, não traz essa dor pra minha família”. Tinha o meu pai, a minha mãe, porque quem morre vai, mas quem fica se acaba, né? Aí graças a Deus, assim, no ápice da minha oração interna, bateu um farol, e o cara se assustou, e saiu assim puxando a calça, correu, entraram no carro e saíram. E aí eu me lembro que eu me levantei, botei minha calcinha, a calça, eu me lembro do meu ex-marido falando assim “veste sua roupa, veste sua roupa, não fica assim, calma, vai dar tudo certo”, eu me lembro que ele dizia assim “eu te amo, eu te amo”, e eu desamarrei as mãos dele, e ele vestiu a blusa que estava amarrando as mãos dele. Aí a gente foi pra pista, pedimos ajuda, e um casal de idosos parou, levaram a gente até a minha casa, e tudo...só que eu não contei, a gente falou só que foi assalto. Minha mãe sabia, meu pai não. Minha mãe achou melhor e tudo, né...meus amigos estavam lá no prédio, tava uma reunião, todo mundo já no prédio, a mãe dele, o pai dele. Foi quando este senhor ligou do orelhão pra avisar que estava levando a gente lá na minha casa. E foi horrível. E assim, um colega meu me chamou, aí ele perguntou assim “fizeram alguma coisa com você?”

Aí meu pais, a primeira coisa “eu mato, eu vou fazer, acontecer”...e gritando, chorando, aí ele falou “eles fizeram alguma coisa com você?” E eu falei não, eu não consegui falar, não falei, mas a minha mãe quando ela olhou pra mim ela sabia. E foi horrível...depois fui ao médico, e depois de um tempo quando tomava banho sabe quando você fica se esfregando assim? O tempo todo, e sentia cheiro, sabe, e agradeço a Deus ele não ter me feito fazer sexo oral, porque do jeito que eu expulsei meu útero acho que hoje eu não tinha dente (risos), porque eu morro de nojo, né, Deus me livre...e foi isso...

E seu lado mulher depois, como ficou?

Ai, olha, eu agradeço a Deus demais todos os dias, quando acordo, levanto, deito, porque eu tive muitos namorados que me amaram muito mesmo, isso foi muito bom pra mim, porque me amaram muito. Meu ex-marido, gente, foi muito, tanto é que a gente foi transar pela primeira vez seis meses depois disso, né, eu fiz um acompanhamento, fiz biodança, porque assim, é muito difícil. Aí nossa primeira vez foi lindo, pra mim ali que eu perdi a virgindade mesmo, porque doeu também (risos), e ele teve muita calma, e foi um mês pra ele conseguir me penetrar total, e foi lindo, a gente chorava muito, porque foi um processo muito bonito, foi a primeira vez dele e minha. Eu tinha 17 anos e ele tinha 20 na época. E quando eu estava de 18 pra 19 anos eu engravidei do primeiro filho, e com 20 eu engravidei do segundo. E foi isso, aí comecei, mioma pra cá, mioma pra lá, e eu descobri o HPV, tinha que ficar fazendo controle, aquela coisa toda, né, porque o HPV é um dos grandes causadores do câncer de colo, né? E aí foi isso, né. Mas tudo se supera, tudo, tudo...Eu acho que lógico nem todo mundo pensa assim, nem consegue viver assim, nem age. Eu acho que assim tem determinadas pessoas que se alienam no processo de dor, e eu não me permito isso. Eu acho que quando a gente mergulha...tanto que é na clínica eu passo muito isso, por exemplo quando eu estou muito dolorida, estou chorando muito porque e estou sentindo muita dor no nódulo, eu procuro abrir meu olho porque senão eu mergulho no sentimento mesmo e me perco, e fica, fica, e você não consegue sair, não consegue. Então essa coisa de você abrir o olho, mas não é só o olho físico, é o olho da alma, entrar em contato com a

realidade, e isso é muito legal, porque você sai desse processo de...porque você também sente pena de você. E foi isso.

Claro, isso é muito comum. E um outro ponto que eu queria conversar é depois da sua cirurgia, como ficou a questão da sexualidade?

Aí é que tá, né? Eu acho que eu sou uma pessoa assim muito...eu acho que não existe um processo terapêutico. Eu e minha supervisora até brinca, que nós estamos construindo um processo terapêutico pra clínica da violência, da mulher, da adolescente. E uma coisa pra essas jovens que são abusadas, violentadas, eu passo uma coisa que é minha, que a gente vai fazer um processo chamado reconstrução da virgindade, porque a virgindade pra mim ela está associada a amor, e não ao hímem, não à parte física. Então a gente vai sempre trabalhar essa questão, de como é que eu vejo, de como...Porque a mulher ela tem direito, na minha concepção...você escolhe com quem você quer entregar o seu corpo pela primeira vez, descobrir a sua sexualidade, o seu parceiro, você faz essa escolha. E essa escolha não precisa ser aquela coisa de idolatria, romântica, de amor, mas você faz a escolha. Uns fazem bem, outros fazem mal, mas fazem, né? É uma escolha consciente, que tem que partir de você. E a partir do momento que você faz essa escolha, que você beija, que você troca, que você sente, é lindo demais. Eu e meu ex-marido, a gente fez esse trabalho, quando eu te falo que a gente ficou seis meses, foram seis meses beijando na boca, redescobrimo, tocando, as primeiras vezes sentindo medo, e depois...e ele me respeitou muito, e ele parava, era de uma respeito e de uma amor por mim enorme, então isso pra mim foi muito importante. Porque quando você passa por um trauma, a necessidade do toque acho que ela é muito maior, pra você quebrar essa coisa do toque violento.

E depois de um câncer, você acha que é a mesma coisa?

Muito importante. Eu quando cheguei na rede feminina eu não sabia que lá era câncer de mama e útero, né. Então eu levei um susto, porque na hora que eu peguei o

prontuário da paciente que eu ia atender, que eu ia estagiar, eu falei assim “meu Deus eu não vou dar conta”. E eu conheci uma senhora, que havia feito a cirurgia e tudo, e como eu a conheci? Eu vi o filho dela de 16 anos chorando no corredor copiosamente, e eu fiquei assim muito...aquilo me tocou, me doeu, e eu olhava...e eu fui conversar com ele. E perguntei o que havia acontecido, e ele falou assim “é minha mãe, ela tá com câncer”, e perguntei aonde, “ah, no útero”, aí eu falei assim “sua mãe tá aonde, me apresenta sua mãe”. Conheci, me apresentei pra família, e contei um pouco da minha experiência, do que aconteceu comigo em termos de câncer. E aí engraçado, a gente estabeleceu um vínculo afetivo com ela muito legal. E ela recebeu alta, e nisso essa família “lincou”, né. Vinha perguntava como ia ser, e o marido perguntava “como vai ser nossa vida sexual”. E eu falei que ia ser normal. Agora, óbvio, o que que diminui? É a mesma coisa? Não, porque você não está tendo a mesma produção, se tirar os dois ovários você não tem produção hormonal nenhuma, se tirar só um você fica defasada, então há um ressecamento vaginal, e isso pode dar muito desprazer no ato sexual, pode dar fissura a fricção, machucar, porque não vai produzir a lubrificação necessária. Então eu falei assim “vocês usem óleo, não usem vaselina, nada à base de água, porque ela irrita e seca muito rápido”. Porque esses cremes à base de água funcionam quando você tem também a sua lubrificação natural...

E une as duas...

É, une. Mas com a fricção, se você também está ressecada, ela também seca, porque é à base de água. Então você usa óleo, de preferência óleo Johnson, que é usado em bebê, que não dá alergia. Se você tem alergia procura um ginecologista, que ele te indica um óleo específico, natural. Então eu fui tirando as dúvidas. Aí ela foi liberada do hospital, só que ela tava com infecção e eles não sabiam. E esse hospital não atende internação durante o final de semana, e aí ela foi parar no HRAN. E chegando lá ela contou toda a história para o médico do câncer de útero e ele fez uma medicação pra câncer de mama. E ela começou a alucinar, delirar, por causa da medicação. E chamou a irmã pra ver, que ela estava tendo convulsão e tudo, e chamou a outra médica pra ver, e falou “meu Deus, o Dr Fulano está louco, como é que pode?”. E na segunda feira ela

foi de novo pro Hospital de Base. Nisso ela teve uma retenção, com esse nervoso, com a medicação errada, ela teve um acúmulo de líquido no abdômen, onde ela tinha feito a cirurgia. E esse líquido ele vira pus, e tem que tirar, drenar, e faz como se fosse uma nova cirurgia, pra limpar tudo. Tem que abrir o mais rápido possível para tirar, e ela tava apavorada de ter que voltar pro centro cirúrgico de novo, tomar anestesia de novo. E quando eu a vi, assustei, porque ela tinha tido alta, né? Quando cheguei vi aquela barriga inchada, enorme, parecia que estava grávida de 7 ou 8 meses, e tudo de líquido, E ela chorando muito, estava muito nervosa, e fomos pra enfermaria, pra cama dela, e fizemos uma sessão de relaxamento físico mesmo, e ela ficou mais tranqüila, e eu fui embora. Foi perto da minha cirurgia de coluna, e foi o último dia que eu fui pro Hospital de Base. Quando foi depois do natal ela me ligou, falou “Helena, eu pedi por favor o seu telefone de casa, sei que não pode, mas eu precisava te contar o que aconteceu. Naquele dia que você saiu, logo depois eu dormi, e quando acordei estava toda milhada, parecia que tinha feito xixi na cama”. E quando ela acordou era o líquido drenando dos pontos, passou a noite inteira drenando. E no outro dia quando o médico chegou pra levar pra cirurgia ela já estava sequinha, e ele deu os antibióticos, mas não precisaria mais abrir. E ela ligou pra agradecer, que eu tinha ajudado muito, e eu disse “que nada, você me ajudou mais que eu te ajudei”, porque a vida é uma troca, tudo o que a gente trabalha com pacientes é uma troca...

E tudo o que você fez foi o relaxamento...

Só o relaxamento físico, não fiz nada...até porque eu sou muito da ciência mesmo, não sou muito “zen” não, muito pelo contrário (risos). Ela estava muito tensa, e na medida que o corpo dela relaxou, ela pôde liberar aquele líquido que estava retido. E hoje ela está ótima, graças a Deus, voltou a trabalhar, entendeu, vida normal, marido também 100%...aí ela até brincou comigo depois “olha, o óleo funciona” (risos). E eu falei “que bom”, porque eu até sempre tenho em casa também, já uso desde que eu tirei meu útero, isso foi o próprio médico lá de Fortaleza, né...

Que te indicou...

Não estava casada ainda na época não, tô casada há cinco anos

Mas você tinha um namorado?

Eu tinha um namorado de dois anos na época, e acompanhou todo o processo comigo, e foi um anjo que Deus botou na minha vida aquela época, e foi uma pessoa muito importante. E ele foi comigo, e ela explicou assim olha... assim, nesse trabalho que eu procuro passar hoje...ela de uma forma lúdica trouxe muita coisa assim pra tirar esse mito de que a mulher perdeu o útero acabou a vida sexual dela, ou tirou a mama, perdeu a mama e tudo...não...

Deixou de ser mulher...

Isso, não... você vai ser mulher do mesmo jeito. Conheci uma mulher que teve câncer de mama, tirou a mama, fez a remoção, teve um filho e tava amamentando, ela amamenta só com uma mama, porque ela ainda não fez a plástica de reconstrução, ela vai fazer.

E esse mito ficou pra você na época, no começo?

Ficou, lógico que sim!

Que você ia deixar de ser mulher?

Lógico...que eu tinha um oco dentro de mim, “ai meu Deus! Se meu namorado for fazer sexo oral em mim ele vai falar alô, alô, e vai ter um eco!” (risos). A gente cria tantas fantasias...porque a gente tem idéia assim, que tirou um órgão, como se a gente fosse toda dura, compacta, igual um boneco? Porque o boneco, quando estudamos anatomia por exemplo, se você tira um negócio fica um buraco! Então na minha cabeça, era daquele mesmo jeito! E olha que sou nível superior! Eu fico imaginando aquelas

pessoas mais humildes, que não têm acesso à informação. Eu me lembro que eu entrei no consultório do médico bombardeando ele de perguntas “o que vai acontecer agora? Eu vou sentir isso, vou sentir aquilo?”. E até hoje eu sinto alguns sintomas...o meu seio incha, olha que loucura!

Como se você fosse menstruar?

É, só que eu não mênstruo. Porque eu ainda tenho um terço do ovário esquerdo, entendeu...como é que o nosso organismo é uma máquina, e o cérebro ele recebe os comandos. E às vezes eu sinto cólicas, aquela questão da dor fantasma, né? Eu sinto cólicas! Se eu tiver numa fase muito estressada do mês, eu sinto, eu tomo buscopan, chega a ser ridículo! Mas eu tenho que tomar buscopan!

E aí faz efeito?

E aí faz efeito! Porque querendo ou não o que é a cólica menstrual? São espasmos que o útero faz pra eliminar o óvulo que não foi utilizado. Então eu fico me questionando, será que o cérebro não envia...minha bexiga, sei lá o que é que está fazendo espasmos! Ou está só na minha cabeça? Não sei, mas eu sinto. É isso, sinto cólica, o peito incha todo mês, é uma m...Sinto vontade de comer chocolate, doce, fico de TPM dependendo da fase...eu acho patético. E cheguei ao ponto, como eu sinto cólica, de ficar assim como se fosse uma secreção que sai da minha vagina, que não tem coloração nenhuma, mas eu fico desesperada! “Meu Deus, será que é sangue? O que está sangrando aqui?” E não tem nada, entendeu...tem um líquido assim transparente. Então o nosso organismo é um enigma muito grande. O efeito da mente no corpo físico, o efeito do estresse, tudo isso.

Mas você conseguiu reconstruir esse mito do “buraco”?

Totalmente, totalmente. Tanto é que isso eu passo, escrevo muita coisa, artigos, faço muita pesquisa, já publiquei algumas coisinhas, e isso é muito importante, passar. A

única coisa que eu não consegui até hoje, e já tentei diversas vezes é escrever o meu processo. Professor, supervisor, médico, até meu marido, já perguntaram porque eu não escrevo sobre o que eu vivi

Como se fosse uma biografia?

É, e eu não consigo, já tentei mas eu não consigo. Quem sabe um dia talvez, talvez alguém escreva pra mim, porque eu consigo falar, mas não consigo contar. Porque contar, quando eu estou escrevendo, eu tenho que me lembrar dos mínimos detalhes, então aquele sentimento vem. Eu não estou escrevendo sobre a história de alguém, estou escrevendo sobre mim. E eu sinto. Já tentei e comecei a chorar, nossa, me deu uma angústia, uma agonia, foi horrível aí eu parei, não consigo.

Mas é só quando vai escrever?

Exatamente. Porque acho que eu estaria dando vida pra minha história.

Dando vida de novo...

De novo. Porque o livro é uma vida perene, ele não muda, está ali, não vai mudar. Você abriu a página 1, está sempre aquilo, na 2, 3, 4...A gente, na memória, na mente, vai meio que fazendo trocas, selecionando o que você quer guardar e o que você não quer

Seria como se você engessasse sua história?

Assim você engessa, e ali é sua história, e a história está ali, e eu acho que não estou pronta ainda pra uma experiência dessa. Eu escrevo sobre todo mundo (risos), mas não consigo ainda escrever sobre minha vida, minha história.

Você quer ainda fazer algumas modificações?

No quê?

No processo, na história...

É, acho que está faltando ainda juntar, o quebra-cabeça não está todo montado pra mim. Eu quero ainda descobrir mais coisas. Até mesmo porque agora eu estou com uma nova notícia, de um nódulo no seio, então estou tendo que lidar com isso de novo, e é um processo ruim, não é fácil. É muito doloroso. Eu fico vendo assim, minha mãe e meu pai estão numa fase assim...meu pai não toca no assunto comigo, minha mãe falou com ele, e ele não fala comigo. É só assim “e aí, minha filha, está tudo bem? Tudo bem mesmo?”. E fica no ta tudo bem mas não pergunta que nódulo é esse, o que o médico falou, não pergunta. A minha mãe fica assim “pois é, isso aí não é nada não”, e aí muda de assunto “e a carteira, e não sei o quê...”, entendeu?

Dificuldades de enfrentar, né?

É, muito. Meu marido só chora (risos). Meu filho mais novo fala alguma coisa assim comigo, e vem e me abraça. O meu filho mais velho tá dando murro em parede, meio assim, ta agressivo. Até pediu “mãe, me bota no Jiu-Jitso essa semana?”. Ta bom, meu filho, botei...ta lá descontando em todo mundo! Então cada um tem sua forma de reagir. Já a menina que trabalha comigo lá em casa, ela foi babá dos meus filhos, ela cuidou de mim quando eu tive câncer, me deu sopa na boca quando eu estava me recuperando da cirurgia, e ela ta comigo de novo. E quando eu falei o negócio pra ela da mama, ela começou a chorar (risos)

Acaba que você quem consola, né?

Ah, é, eu falo...aí eu fico brincando, “que isso menina, não vai dar nada não, vaso ruim não quebra”. Mas eu realmente não sinto que vá acontecer alguma coisa comigo, eu realmente não sinto.

Você tem mais esperanças...

Acho que é até mais que esperança, é assim uma certeza dentro de mim. Conheço muito meu organismo, sei quando estou baqueada mesmo, sei quando as coisas não estão muito legais. Parece que tem um sensorzinho que já me avisa. Então assim, eu estou com uma sensação muito boa, porque o que mais estava me incomodando era a dor, que já passou. Agora o que está me incomodando é a medicação, porque qualquer medicação forte assim ela é ruim. Então domingo que eu tomei, ele mandou começar a tomar no domingo, né, foi quando eu peguei a medicação. E foi horrível, porque eu acordei com sede, quis beber água, ir ao banheiro, e não conseguia nem me mexer. E pensei “acho que vou chamar alguém pra me ajudar”, e fiquei chamando meu marido, mas nem cheguei a verbalizar. Acabei dormindo de novo e acordei de manhã. Ontem fiquei ainda meio mal, hoje to sentindo mas um pouco melhor, e amanhã acho que já vou estar melhor ainda...

Porque o corpo se adapta, né?

Exatamente, o corpo se adapta com a medicação. E ele me acalmou, falou pra eu me alimentar legal, dormir bem, eu não sou de...não fumo, não bebo, não saio...meu prazer é ir ao cinema com meu marido, jantar fora. Adoro verdura, então troquei bastante minha alimentação, to procurando comer mais carne com verdura mesmo, sopa com grãos, mais fortalecidas, né?

Está procurando se fortalecer?

É, sopa mesmo, frutas, minha alimentação não é ruim não, meu problema é chocolate. Nunca fui magrinha, não tenho essa vaidade de ser magrela, controlo só meu peso, que estou com 34 anos, então assim, a partir dos trinta, e sem útero então, o metabolismo aí que dá uma baixada mesmo. Gosto de nadar, e agora por causa da coluna é o único esporte que posso fazer. E faço todos os dias, religiosamente, relaxamento e alongamento, uma hora todos os dias antes de dormir. Quando acordo procuro sempre

me espreguiçar e alongar minha coluna, e a natação, que por hora eu não posso fazer, mas o alongamento eu posso. Tenho uma vida saudável, quero viver muito tempo ainda! (risos).

Anexo 02: Complemento de Frase

Complemento de Frase

Complete da forma como achar melhor, de acordo com os seus conceitos de cada palavra, colocando sempre o que lhe vem à cabeça ao ler:

Hoje: me sinto melhor que ontem.

No passado: percorri muitos caminhos bons e ruins.

Eu: “prefiro ser essa metamorfose ambulante do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo...”

Maior temor: perder meus filhos.

Eu gosto: de viver como se fosse sempre a primeira vez.

Eu sinto: amor pelo mundo e por mim.

Eu sou: um ser em transformação, diferente a cada dia.

A vida: é o que há de mais belo dada por Deus, Pai.

Minha família: é tudo para mim.

Meu marido: é meu complemento em tudo.

Meus filhos: são lindos e eu os amo infinitamente mais.

Mulher: é um ser complexo e belo, de uma inteligência incrível, mas foi criada para pensar o contrário.

Maternidade: é a plenitude do corpo e do espírito.

Sexo: é fundamental na vida de todos.

Sexualidade: deve ser mais trabalhada e deixar de ser um tabu.

Trabalho: é o meu maior prazer, fazer o que faço na clínica da violência.

Amizades: poucas, mas boas.

Meus Relacionamentos: são plenos para aqueles que me conhecem de verdade.

Câncer: uma doença que tem cura.

Útero: materno, a bolsa que protege e alimenta.

Mama: seios que alimentam a vida.

Saúde: faz falta quando adoeço.

Gostaria: de poder fazer tudo que meu corpo não permite.

Posso: me amar cada dia mais.

O futuro: a Deus pertence.

Me ajudou durante a doença: o amor dos que me cercam.

Me dificultou durante a doença: pessoas com fórmulas mirabolantes de cura.

Gostaria de saber mais especificamente, se puder me responder, sobre como ficou sua sexualidade durante os miomas que teve e depois da cirurgia. Sexualidade no sentido de ser mulher, de se gostar, de ter prazer, e também do sexo em si, mas não só ele, e sim tudo o que envolve feminilidade, sedução, se posicionar no mundo como mulher, relação com o parceiro, dentre os itens que coloquei mais acima. Também seria interessante se falasse um pouco mais sobre como se deu a reconstrução dessa sexualidade, se ficou mesmo abalada, o que ajudou nesse sentido, o que foi difícil. Além da sua opinião sobre como as mulheres devem expressar sua sexualidade.

“A sexualidade para mim sempre foi muito importante. Eu sempre acreditei, e acredito até hoje, na igualdade das experiências sexuais. Tive muitos namorados e fiz minhas escolhas de quando e com quem eu queria me relacionar. Acredito que essa liberdade me deixou mais independente e experimentei o sexo sem culpa. Quando me descobri com problemas de útero e ovário, não imaginava que chegaria ao ponto de perder o útero. Foi um baque muito grande acordar na UTI e receber a notícia de que uma histerectomia havia sido feita. Muitos mitos são construídos com relação à feminilidade ligada ao útero, a crença de que a mulher estéril (sem útero) vai deixar de ser mulher em sua plenitude é muito grande. Até hoje me perguntam se eu menstruo e deixo de sentir algo. Não, eu sinto exatamente o que uma mulher bem resolvida sexualmente sente. Voltando à época da cirurgia, eu tinha um namorado que não tinha filhos e nós já estávamos juntos há dois anos, pensei que o relacionamento fosse acabar, pois eu já tinha dois filhos e ele nenhum, mas muito pelo contrário, ele foi meu companheiro de todas as horas, mais ou menos uns vinte dias depois da cirurgia tivemos a nossa primeira relação sexual, e para minha surpresa eu sentia prazer, foi ótimo, lembro que até chorei e ele também. Acho que o fato de eu sempre escolher namorados muito carinhosos e que me tratassem como uma princesa foi fundamental para todo o meu processo. Dois meses após a cirurgia a minha vida foi novamente alterada pelo início do tratamento quimioterápico, aí sim, a libido foi lá para baixo, coisas da medicação, mas mesmo assim nos períodos intermediários de uma dose para outra, nossa vida sexual acontecia com direito a tudo de bom. Meu namorado me enchia de calcinhas coloridas, camisolas transparentes, dizia o tempo

todo que eu era linda de qualquer jeito, isso era maravilhoso para mim. Nunca me descuidei da aparência, nem após a cirurgia no hospital mesmo eu sempre estava cheirosa, com um batonzinho básico, o cabelo arrumadinho, e uma camisola bem linda. Meus amigos dizem até hoje que iam ao hospital ou em casa para me visitar e não acreditavam que eu estava operada. Óbvio que tive fases horrorosas, mas sempre me cuidando, gostando de mim. Costumo dizer aos meus pacientes que somos os nossos melhores amigos ou os nossos piores inimigos, optei por me amar muito, me valorizar de carteirinha. Hoje sou casada há cinco anos com outra pessoa que está comigo enfrentando um nódulo mamário. Nossa vida sexual continua maravilhosa, sempre inovamos em algo, temos um sexo bem lúdico em todos os sentidos. Minha libido, com a nova medicação andou baixando, mas não aceito ficar assexuada, pois sexo para mim é vida. Estou numa fase que a pele fica um horror, os cabelos secam, mas me arrumo toda, me olho no espelho e sei que sou minha melhor amiga e me cuido para vencer mais essa etapa. Conselho para quem passa por isso: se ame, se cuide e se sinta MULHER!