

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

ANGELA MARIA LEAL DE MORAES VIEIRA

UM MODELO PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER
MASTECTOMIZADA A PARTIR DAS SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Dissertação submetida à
Universidade Federal de
Santa Catarina para a ob-
tenção de Grau de Mestre
em Enfermagem

FLORIANÓPOLIS

OUTUBRO - 1991

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
AREA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

TÍTULO: UM MODELO PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A MULHER
MASTECTOMIZADA A PARTIR DAS SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Submetida à Banca Examinadora para obtenção do Grau de

MESTRE EM ENFERMAGEM

por

ANGELA MARIA LEAL DE MORAES VIEIRA

APROVADA EM 23 / 10 / 1991.

Marinete Schulze

Dra. Clélia Maria Nascimento Schulze - Presidente

Therézinha Teixeira Vieira

Dra. Therézinha Teixeira Vieira - Examinadora

Edson A. de Souza Filho

Dr. Edson Alves de Souza Filho - Examinador

ORIENTADORA: Profa. Dra. Clélia Maria Nascimento Schulze
CO-ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Tereza Leopardi

"Olhe para mim. Por favor, me veja.
Não minhas roupas ou unhas curtas
Ou minha face descuidada
Abra seu coração, de modo a ver o meu.
Não estou lhe pedindo para concordar com
Ou compreender tudo o que vê,
Pois nem mesmo eu faço isso.
Apenas olhe para o que esta realmente aqui
E permita ser."

Peg Noddinott

"Tudo o que os homens escrevem sobre as
mulheres deve ser suspeito, pois eles são, a
um tempo, juiz e parte."

Poulain de la Barré

"A memória de papai que em sua simplicidade tanto incentivou o meu crescimento profissional."

"A memória de lá, minha segunda mãe, que desde cedo me ensinou a viver."

"A mamãe que nunca mediu esforços para que eu pudesse crescer tanto como pessoa e profissional."

"A Tia Almerinda que, com paciência e carinho me ensinou as primeiras letras, despertando em mim o desejo do saber."

"A Mana, companheira e amiga de todas as horas, e que, sem a qual eu não poderia concretizar esta etapa da minha vida."

"Aos parentes e amigos, obrigado pela torcida."

"A Cristovam meu marido, amigo e
companheiro de todas as horas."

"Aos pedaços de mim, Janu, Nani
e Lola, Mainha está voltando."

AGRADECIMENTOS

- As mulheres que participaram deste estudo, permitindo que eu compartilhasse a sua intimidade.
- Aos médicos, enfermeiras e funcionários da Maternidade Carmela Dutra, especialmente à enfa. Vanda pela sua compreensão e colaboração.
- A Professora Dra. Clélia Maria Nascimento Schulze, orientadora e companheira, pelos ensinamentos e sugestões durante este estudo e por ter-me apresentado à Teoria da Representação Social.
- A Tetê, minha co-orientadora e amiga, que tão bem soube compreender as minhas limitações e estimular o meu crescimento pessoal e profissional.
- As professoras do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pelos ensinamentos e sugestões.
- A Coordenadora do Curso de Mestrado da UFSC na pessoa da Profa. Dra. Ingrid Elsen, pelo apoio e colaboração para a realização deste trabalho.
- A Rosa, mais que uma simples secretária, uma amiga preocupada em solucionar os problemas dos alunos do mestrado.
- Aos colegas do Curso de Mestrado em Enfermagem (Turma 1987), especialmente a amiga Fátima com quem tive a honra de dividir bons e maus momentos.
- A Dalética (Dalete) pelos encontros e por toda uma amizade e interesses comuns a compartilhar.
- Aos amigos Darling (Angela) e Clóvis Ghiorzi pelo carinho e preocupação comigo e com a minha família.

- Às colegas do Departamento de Enfermagem da UFPE que concordaram em assumir as minhas tarefas, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.
- A minha amiga Profa. Neide Maria Freire Ferraz que tanto me incentivou para que eu pudesse enriquecer a minha história de vida.
- A colega e amiga Lusani por ter cedido o ombro para que eu pudesse lamentar os meus lutos.
- As amigas Socorro Souza e Ida Vieira de Lira por terem acreditado tanto em mim.
- Ao Prof. Fernando Volkmer por ter suportado ouvir minhas queixas e tirado minhas dúvidas do inglês.
- A Maurício Graipel por ter me compreendido e digitado esta tese.
- A Ma. da Conceição Torres d'Amorim, bibliotecária do Depto. de Enfermagem da UFPE pela revisão da bibliografia.
- A Vera pelo carinho e paciência ao digitar as correções finais.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo verificar a utilidade da Teoria das Representações Sociais (Moscovici, 1981) no direcionamento da intervenção de enfermagem junto a mulheres mastectomizadas. Através de entrevistas e relatos de observação, chegou-se a um mapa cognitivo que envolveu os temas História de Vida, Corpo, Saúde/Doença e Câncer.

Dentre as categorias emergentes do discurso das clientes, a Sexualidade caracterizou-se como uma dimensão importante, bem como a Família e a Religiosidade como fontes de apoio. O Câncer foi sempre descrito de forma negativa, sendo que as mulheres explicitaram a sua falta de informação sobre o desenvolvimento e a prevenção da doença.

A utilização da Teoria das Representações Sociais como referencial teórico para a intervenção provou ser eficaz na medida em que as cognições apresentadas pelas pacientes em relação ao corpo, ao significado da cirurgia, da perda e da representação do câncer, guiaram a interação enfermeira-cliente e promoveram uma relação de ajuda.

ABSTRACT

The main goal of the present work was to verify the usefulness of the Social Representations Theory (Moscovici, 1981) in directing nursing intervention next to the mastectomized woman. A cognitive map was arrived to, through interviews and observational reports, involving themes such as Life Historical, The Body, Health/Disease and Cancer. Among those categories emerging from clients' discourse, sexuality was characterized as an important dimension, as well as Family and Religious Belief as support sources. Cancer was always described negatively, the women emphasizing their lack of information on development and prevention of the disease. Using the Social Representations Theory as a theoretical framework for the intervention proved to be efficacious, in as much as cognitions demonstrated by the patients referring to their own bodies, the meaning of surgery, and of cancer loss and representation, guided the nurse/client interaction, promoting a help relationship.

SUMARIO

pg.

CAPÍTULO 1: Introdução	001
CAPÍTULO 2: Revisão da Literatura	007
CAPÍTULO 3: Marco de Referência	035
CAPÍTULO 4: Metodologia	041
CAPÍTULO 5: Apresentação e Análise dos Dados	051
CAPÍTULO 6: Conclusões	117
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	120
ANEXOS	129

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

Há uma década e meia, a ONU declarou o ano de 1975 o Ano Internacional da Mulher. Mulheres de várias partes do mundo, reunidas na cidade do México, dedicaram-se à discussão e análise da condição feminina. Segundo Barroso (1985) as conclusões desta reunião foram surpreendentes, porque embora os países ali representados tivessem diferentes níveis de desenvolvimento em geral, os delegados concordam com o fato de que a mulher vinha sendo tratada de forma desigual e inferior na sociedade. A partir destes resultados, a ONU instituiu o período de 1975 a 1985 como a Década da Mulher, que inspirou programas com o objetivo de reverter a condição a que as mulheres estejam sujeitas.

O diagnóstico da situação da mulher que deu origem a esta decisão da ONU envolveu os setores: trabalho, saúde, violência, a questão da mulher negra e outros mais.

Particularmente o meu primeiro interesse se prende à condição de vida da mulher, reconhecendo entretanto que a saúde não pode ser vista, nem pode ser considerada separadamente, mas sim como o resultado das condições social, cultural, econômica e psicológica. Barroso (1985) ao referir-se sobre a expectativa de longevidade, relativa ao grupo de mulheres acrescenta que o número de anos elevou-se neste século, principalmente a partir dos anos 50. A expectativa que era de 34,5 anos em 1910, aumentou para 65,5 anos em 1980. Especificamente no Brasil, os valores mais baixos na escala correspondem à população de menor renda, ou seja, às mulheres das regiões Nordeste e Central. Já na região Sul, para mesma faixa de renda, a expectativa de longevidade eleva-se para 60,5 anos. Para São Paulo os

valores são inferiores, estando a expectativa de longevidade em torno de 54,7 anos.

As diferenças são mais exacerbadas se dados brasileiros, forem comparados com dados de países do primeiro mundo. Na Suécia, por exemplo, a expectativa de longevidade é de 70,5 anos.

Dados do Ministério da Saúde (MS) de 1980 referidos por Labra (1989), apontam como primeira "causa mortis" entre mulheres acima de 15 anos, as doenças do aparelho circulatório, sendo acompanhadas pelas neoplasias malignas. Pinotti & Faúndes (1988) referem que se considerados juntos, os dados de mortalidade por câncer de mama e do colo-uterino correspondem a aproximadamente 25% do total de óbitos. Barroso (1982) e Labra (1989) apontam para o fato da mortalidade por câncer de colo uterino ser maior nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, enquanto nas regiões Sul e Sudeste, a prevalência é do câncer de mama. Os últimos autores ainda sugerem que esta situação deve-se ao fato das características discrepantes de desenvolvimento do país, variando de acordo com as condições sócio-econômicas da população.

Num estudo sobre o número de anos potenciais de vida perdidos (APVP), realizado por Silva (1985), em Porto Alegre (RS) e outras capitais, as neoplasias malignas ocupam o primeiro lugar entre as causas, sendo o principal responsável por sacrifício em vida útil. Este estudo toma por base 65 anos como idade limite da vida útil e na classificação apresentada o câncer mamário é considerado como o maior responsável pela redução do número de APVP.

Segundo a comissão de representantes das escolas médicas, responsável pelo informe da Revista Brasileira de Cancerologia, se mantidos os mesmos padrões de diagnóstico, 350.000 casos de câncer

serão tratados paliativamente no período de 1985 a 1990.

Rodrigues (in Gadelha et alii, 1988) ao analisar "A Situação Atual do Ensino da Enfermagem Oncológica nos Cursos de Graduação em Enfermagem", que ora é ministrado no Brasil, sugere que o enfermeiro não recebe preparo adequado para assistir aos clientes portadores de neoplasias malignas e que os programas de controle do câncer no Brasil deixam dúvida quanto a sua eficiência, pois nem as populações de risco nem a prevenção da doença é feita adequadamente.

Sentindo a necessidade de um maior aprofundamento sobre a situação da mulher que tem câncer de mama e reconhecendo os vários desdobramentos deste tema para a enfermagem, desenvolvi uma prática assistindo uma cliente com ameaça de mastectomia no ano de 1981. Observei nesta prática que era hábito levar a cliente à cirurgia sem comunicá-la que, se comprovada a malignidade do tumor através de biópsia por congelamento na sala de operações, seria realizada a mastectomia. Esta conduta era justificada, alegando-se que a cliente não teria condições psicológicas para se defrontar com o diagnóstico de câncer, o qual poderia fazê-la desistir da cirurgia.

Meleti & Angerami (1984) ao relatarem a sua atuação como psicólogos junto a mulheres mastectomizadas em um serviço ambulatorial da cidade de São Paulo, se defrontaram com a mesma situação relatada por mim anteriormente.

Por não concordar com métodos tão heterodoxos decidi ainda em 1981, ao realizar uma monografia de conclusão do curso de especialização, acompanhar uma cliente que não pertencesse ao serviço por mim referido. Entretanto, nesta monografia a estruturação teórica, a metodologia e todas as outras fases do trabalho não atingiram a profundidade necessária à compreensão do fenômeno.

4

Por esta razão, e por considerar que neste processo não me foi possível inventariar aspectos da percepção da cliente, decidi, na dissertação de mestrado, continuar a assistir a mulher submetida a mastectomia, mas desta vez fundamentando a minha prática em um referencial teórico que contemplasse as representações sociais.

Segundo Brunner e Suddarth (1985) quando a pessoa muda da situação de sadio para doente, além de viver uma experiência complexa e individualizada, enfrenta mudanças de imagem corporal, de auto-conceito e de relacionamento com os outros, além do reajustamento às limitações do seu estado. Norris (in Vieira, 1976) sugere que as cirurgias são uma ameaça constante à imagem corporal do ser humano e Vieira (1976) acrescenta que mesmo nas cirurgias em que a perda de parte do corpo é invisível para outros, pode haver necessidade de se promover a reformulação da imagem corporal do paciente.

Burns (1979), ao estudar o "auto-conceito na teoria psicológica", sugere que:

"os teóricos promovem o auto-conceito como sendo o objeto mais importante e focal dentro da experiência de cada indivíduo em função de sua prioridade, centralidade, continuidade e onipresença em todos os aspectos do comportamento, mediando como ele o faz tanto o estímulo como a resposta" (p.03).

Cooley (in Burns, 1979) refere-se mais objetivamente ao auto-conceito como a forma do homem estruturar o que os outros pensam dele, acrescido das idéias que ele faz de si mesmo. Como se fosse uma idéia, o auto-conceito é simbolizado por uma imagem que o in-

divíduo tem de si próprio.

° Para Vieira (1976) um dos fatores mais importantes no processo de ajustamento do ser humano, é a representação mental que o indivíduo tem do seu corpo.

• A imagem corporal, pode sofrer alterações etárias, orgânicas, psicológicas, culturais ou sociais, não sendo uma unidade estática, pronta. Ela é vivenciada enquanto sofre constantes transformações, podendo ser uma delas, gerada pela mastectomia.

Para Jodelet (in Farr & Moscovici 1984),

"o corpo possui uma certa historicidade como um objeto tanto de pensamento como de prática". (p. 212)

• Portanto, o corpo é importante não só como uma forma de representar a cultura, mas também de cumprir a sua função significacional.

• Isto é válido também em relação a partes do corpo. Parker (1967) sugere que não existe, no corpo da mulher, uma parte que tenha tanto significado para ela como as mamas, sendo estas o símbolo da feminilidade que desperta na puberdade e permanece pelo resto da sua vida. Parece que esse significado simbólico torna-se mais forte e claro na idade adulta e, principalmente, se existe a probabilidade iminente de perda do órgão. Concordo com Parker quando sugere que a retirada da mama gera um choque psicológico, do qual a mulher se recupera com grande dificuldade.

• Além da alteração da imagem corporal causada pela mastectomia, a mulher sabe que a cirurgia foi realizada com o intuito de retirar um tumor cujo nome carrega em si, um sem número de signifi-

cações. Estas associações estão pois relacionadas ao que a pessoa pensa e sente a respeito da vivência do seu corpo, sobre o que a ameaça ou não. Estes pensamentos, sentimentos, percepções e atitudes são fruto da experiência de vida de cada um, das informações, da educação, de acordo com a classe social a que pertence. É a partir de todas essas variáveis, que a mulher compartilha e integra as suas representações com as outras pessoas na sociedade.

Foi questionando qual a representação que a mulher tem do seu corpo ao perder a mama, que desenvolvi uma prática assistencial. Este trabalho foi uma tentativa de ajudar a cliente a conviver com o seu corpo alterado e ao mesmo tempo, desvendar as representações que ela fazia deste corpo, da saúde, da doença e do câncer.

Para assistir a mulher submetida a mastectomia, elaborei um marco de referência fundamentado na Teoria da Representação Social. A partir deste referencial teórico, estabeleci um método para a assistência de enfermagem na qual foram inventariadas as representações da cliente, e cujos resultados foram analisados concomitantemente.

Segundo Moscovici (1978) as representações sociais são uma versão contemporânea do senso-comum, produzindo e determinando comportamentos.

As representações sociais são construídas e compartilhadas pelos seres humanos na sociedade, a partir das crenças, atitudes, educação e informações recebidas, sendo reservado a mídia um lugar de destaque na elaboração e análise destas representações. E foi a partir de toda esta fundamentação teórica que realizei a revisão da literatura, marco teórico, metodologia, análise dos dados, conclusões e recomendações desta dissertação.

CAPÍTULO 2: REVISÃO DA LITERATURA

Muito já se escreveu e ainda se escreve sobre a mulher. Várias óticas ou enfoques deste tema são exploradas nas diversas áreas do conhecimento humano. Particularmente em enfermagem, o número de escritos sobre a mulher, quer como cliente, quer como profissional, já é significativo.

Este estudo, que avalia as representações sociais das mulheres mastectomizadas no transcurso de uma experiência assistencial a partir de um referencial teórico, não pretende esgotar o tema. Embora haja um grande número de publicações, na língua inglesa, sobre a assistência de enfermagem a clientes submetidas à mastectomia, o mesmo, não se pode dizer sobre estudos de representações sociais.

⁶ Nesta revisão da literatura faço referências ao aspecto histórico e sócio-cultural da condição feminina, à teoria de representações sociais, as representações sociais do corpo, da saúde e da doença, do câncer e da morte, culminando com a assistência de enfermagem à mulher mastectomizada.

Reconheço que, através dos anos, a condição social da mulher sofreu algumas alterações, ocorrendo relativos progressos, fato este mostrado por Bruschini (1985) quando sugere que

"até 1980 os dados revelam um crescimento da participação feminina em atividades econômicas de mercado... até mesmo superior, em números relativos, ... ao sexo masculino".

(p. 71).

‡ Bruschini aponta como responsáveis por estas transformações (1) o acesso das mulheres a cursos mais elevados de instrução, (2) a relevante mudança nos valores em relação ao papel da mulher, (3) a expansão da economia, (4), a industrialização e a (5) urbanização acelerada. Apesar deste diagnóstico revelar uma mudança na condição feminina, estas transformações ainda não reverteram situações como salários mais baixos, menor acesso do que o homem a garantias trabalhistas e postos de chefia. Também, a dupla jornada de trabalho decorrente de precariedade da infra-estrutura de apoio (creches, por exemplo) conduz a mulher a uma sobrecarga física e emocional ao zelar pelo bem estar da família. Contudo, concordo com Bruschini quando sugere que o fato da mulher trabalhar fora do lar parece contribuir para o seu processo de auto-crescimento, tornando-a mais participante, auto-confiante e com a auto-estima mais elevada. Para a autora, falta às mulheres, assim como a outros grupos discriminados, a organização para lutar por seus direitos e pela transformação da família e da sociedade.

° Corroborando a opinião de Bruschini, estão os trabalhos de Miranda (1984), Dourado (1984), e di Lascio (1984), Toledo e col. (1981), Studart (1980), Bassanezi et alii (1985) entre outros, que são unânimes em sugerir que a condição social da mulher revela uma situação de dependência, subordinação e inferioridade... variando apenas o grau de subordinação de uma sociedade para outra.

¶ Estes comportamentos geram expectativas sociais próprias para cada sexo. Enquanto ao homem compete prover a sobrevivência da prole, a mulher é confinada ao lar, permanecendo à margem do processo de transformação social.

a Sugere Toledo (1980), que dentre os comportamentos sociais que se espera das mulheres estão a passividade, a dependência, a insegurança, a fragilidade, a beleza, o coquetismo, ou melhor, todos agrupados socialmente sob o termo "feminilidade". Além destes comportamentos de submissão e docilidade, ainda ensinam a mulher que o seu corpo deve ser lindo, perfeito. Desta forma, surgem os salões de estética, as clínicas de emagrecimento, induzindo ao consumo exagerado e ao culto do corpo perfeito, aonde parece estar embutida a ideologia social dominante. Para Medina (1967) há uma explosão no discurso sobre o corpo, possivelmente por reflexo das classes dominantes que além de se preocupar com as diversas manifestações corporais, como sexualidade, a dança, as atividades esportivas, e as terapias, tem como objetivo maior os lucros advindos destas práticas.

⊙ Contudo, esta sociedade não está totalmente sob o controle da ideologia dominante, apesar desta ideologia ser muito influente, não podemos negar que os indivíduos que compartilham desta sociedade não são meros "receptores passivos", mas segundo Moscovici (in Forgas, 1981)

"eles pensam de forma autônoma, constantemente produzindo e comunicando representações" (p. 04).

⊙ As representações sociais que são formas de pensamento compartilhadas pelos indivíduos na sociedade, não são imutáveis como nas sociedades primitivas e devido as constantes transformações sociais, não chegam a se sedimentar, criando tradições estáveis (Moscovici in Forgas, 1981).

☉ São as representações sociais denominadas por Moscovici (in Forgas, 1981), de uma versão contemporânea do senso-comum, e segundo ele existe

"uma necessidade cada vez maior de se continuar reconstituindo o "senso-comum", aquela soma de conhecimentos que constituem o substratum de imagens e significados sem os quais, nenhuma coletividade pode operar" (p. 06).

E é justamente esta característica compartilhada que é tão relevante para o meu trabalho.

☉ Outra característica considerável das representações sociais é o seu caráter cognitivo. Para Moscovici (in Forgas, 1981) as

☉ "representações sociais precisam por um lado ser compreendidas como uma forma particular de adquirir conhecimento e comunicar o conhecimento que já tem sido adquirido". (p.05).

☉ Elas filtram o significado do mundo conferindo imagem e significado aos fatos ou fenômenos que compõem a história de vida de cada indivíduo. Entretanto, para explicitar o que apreendeu da sua relação com o mundo, com os outros e com os outros no mundo, o indivíduo compartilha o conhecimento através da linguagem, a terceira e última característica considerada relevante da representação social para este processo de assistência de enfermagem.

☉ É tão forte a linguagem como elemento constituidor da representação social, que as palavras fazem mais do que representar

coisas, elas criam coisas e passam suas propriedades às mesmas. Neste caso, a linguagem tem um poder comparável ao do espelho, que tem a vantagem extraordinária de destacar a aparência da realidade. Além de ressaltar a realidade, a linguagem também parece comportar categorias que torna mais fácil a estruturação e expressão do pensamento funcionando como organizadores e operadores de sentido nos discursos ou respostas que dão acesso às representações (Jodelet in Moscovici, 1984).

Outro fato a ser considerado quando se estuda as representações sociais, é o poder que elas tem de tornar uma coisa desconhecida ou não familiar em algo conhecido e familiar (Moscovici in Forgas, 1981). Este ato de apropriar-se do desconhecido, tornando-o concreto e quase cotidiano, desencadeia um processo de aproximação e familiarização constante e contínuo.

Forjada no bojo da interação social, a representação social é composta por dois processos centrais: a objetificação e a ancoragem onde a memória e os julgamentos ou conclusões de cada um exercem um papel predominante (Moscovici in Forgas, 1981).

Objetificar é transformar o abstrato em concreto, dando uma textura material às idéias, fazendo corresponder coisas às palavras, corporificando esquemas conceituais, enfim conferindo consistência ao que era um pensamento, materializando as palavras, podendo ser considerado uma operação metafórica e estruturante (Jodelet in Moscovici (1984).

O segundo processo das representações sociais é a ancoragem, que permite tornar algo desconhecido, inquietante, e que desperta a curiosidade de cada um, em conhecido e incorporado à própria rede de categorias. Este processo permite apreender mais facilmente

o desconhecido, facilitando ao indivíduo a sua manipulação (Jodelet in Moscovici, 1984).

6 Por sua vez, o corpo, sua forma, usos e valores, tem relação imediata com a estrutura social na qual o indivíduo vive e interage. Diversos estudos antropológicos, dentre eles Rodrigues (1980), Rosaldo (1979) e Luz (1982), demonstram que as potencialidades todas deste corpo não aparecem como características de cunho universal. 6 Para cada cultura são selecionados os usos necessários para a sobrevivência individual e coletiva nas condições que se apresentem. Isto quer dizer que na nossa cultura ocidental, o corpo é vivenciado de acordo com as potencialidades necessárias e definidas socialmente como importantes e experimentadas individualmente. Conhecer as representações sociais do corpo é conhecer o genérico, compartilhado coletivamente, e reconhecê-las em cada indivíduo é conhecer o modo como esta R.S. do corpo é comunicada individualmente e que experiências pessoais isto representa.

7 A representação do corpo é uma forma de construir a realidade, redescobrimo a profundidade social de cada ser humano e sob esta ótica social é ele quem mais facilmente corporifica a visão de mundo da mulher. Para Jodelet (in Moscovici, 1984) o corpo é ao mesmo tempo

"...um objeto privado e público, cujas representações acham-se estreitamente ligadas com os reinos psicológico, social e cultural", (p.01).

8 Portanto não podemos assistir a este corpo e aos processos que ocorrem nele e em relação a ele, fora de um estudo de sistemas

simbólicos.

o A percepção, conhecimentos e vivência corporal estão pois, ligados à realidade da vida e das relações entre os seres humanos. Daí ser o corpo, um componente do aspecto social e muitas vezes um instrumento de coerção e/ou pressão, assim como de comunicação social.

o No entanto, a moda, a mídia, as profissões e as tarefas que a mulher executa, preconizam que o corpo deve se apresentar harmônico, livre de imperfeições. A mulher mastectomizada tem o seu corpo diferente do corpo das outras mulheres, assim, o que a mulher aprendeu durante sua vida sobre a estética do corpo e sua harmonia de formas se encontra alterado pela retirada da mama, modificando, por conseguinte, o seu próprio conceito de corpo. Então, a mulher confronta o esquema corporal perfeito proposto pela noção de estética aprendida socialmente, com o seu corpo atual, real, concreto e que está alterado, privado de uma das suas partes.

o Por sua vez, este esquema mental do corpo é fruto da vivência social, do relacionamento com os outros indivíduos, da idéia que fazemos de nós mesmos, da percepção de si e dos outros. A representação do corpo está vinculada ao conceito de "self" (Driver in Roy, 1979) e ao conceito de imagem corporal. Burns (1979) sugere que o auto-conceito é inicialmente uma imagem corporal, uma pintura avaliada do eu físico e que os sentimentos em relação ao corpo e a imagem corporal se tornam o núcleo do auto-conceito nos primeiros anos de vida, sendo ambos tão intimamente ligados que, alterações em um, repercutem no outro.

o A doença parece ser uma situação nova para o indivíduo que a vivencia, e este só se apercebe da saúde, quando esta dá lugar a

primeira. Segundo Herzlich (1986) é a doença um acontecimento nefasto que ameaça e/ou modifica, momentânea ou permanentemente a nossa vida, a nossa inserção social e até a comunidade em que vivemos. Sontag (1984) sugere que os indivíduos se referem à doença através de metáforas, e que elas portam várias conotações sociais. Sugere ainda esta autora que talvez seja a mitificação em torno de doenças como o câncer, que discrimina o paciente e sugere como alternativa para reverter este quadro um relacionamento honesto com o paciente, onde informações sobre a doença, o tratamento e recuperação não sejam sonegadas. ❶

❷ Jodelet (1984) analisa alterações nas R.S. do corpo em intervalo de 15 anos e relata que os homens num primeiro momento mostram preocupações hipocondríacas, enquanto que num segundo momento, apresentava preocupações com a perda de dentes, de cabelos, de órgãos e de membros. Quanto às mulheres, a conscientização de estados mórbidos permaneceu estável, porém, com a atenção deslocada em direção à patologia, com o passar dos anos.

❸ Ao analisar as representações do câncer, Sontag (1984) sugere que as referências sobre o câncer são de uma degeneração que transforma os tecidos do corpo em matéria dura, e que os indivíduos utilizam metáforas ao se referirem ao câncer como: "espalha", "prolifera", "se difunde", e é uma doença "invasiva". A consequência mais temida é a "mutilação" ou a "amputação". Concordo com Sontag quando ela sugere que o reconhecimento do câncer torna-se embaraçoso por ele destacar partes do corpo como o cólon, a bexiga, o reto, os seios, o útero, a próstata, os testículos, acometendo desta forma órgãos ligados à sexualidade e à excreção, consequentemente provocando um sentimento de vergonha no cliente devido à localização da

doença.

⊙ Parece ser o câncer uma doença de caráter primitivo e aponta Sontag que geralmente a pessoa sente-se injustificada por ser portadora de câncer, e este caráter primitivo reveste-se para alguns pacientes de misticismo e resignação/ Corroborando a opinião de Sontag, Tiffany (1988) sugere que uma forma de lutar contra o fenômeno que é percebido como uma forte ameaça a vida, é tentar compreender lendas, mitos e parábolas que cercam esta doença. Entre elas, Tiffany cita os mitos do câncer como um alienígena interno, ou uma doença que é vista como punição pelos pecados cometidos em relatos de histórias apresentados por seus clientes.

⊙ Sontag sugere que o diagnóstico de câncer é associado à idéia de morte enquanto Lasry e col. (1987), Graydon (1984), Youssef (1984), Woods & Earp (1978), Maguire (1980) e Clough (1982) ratificam esta opinião. Estes autores em seus estudos e acompanhamentos de mulheres com diagnóstico de câncer de mama ou submetidas à mastectomia, apontam como maiores preocupações destas clientes (1) a ameaça de morte, (2) a alteração da imagem corporal causada pela mutilação do corpo; e logo abaixo destas duas, estão (3) o medo da recorrência do câncer, (4) a depressão e outros problemas de ordem psiquiátrica, (5) o ajustamento de ordem sexual, e (6) o medo de perder a atenção e estima de familiares e amigos.

Estudando as reações à respeito da morte em hospitais brasileiros D'Assumpção (in Nascimento-Schulze, 1988) sugere que tanto pacientes e familiares como os profissionais de saúde não estão preparados para conviver tanto com a própria morte, como com a dos outros. E, citando vários autores, Nascimento-Schulze ((1988) considera a necessidade do preparo de profissionais para assistir pacientes

em fase terminal. Neste mesmo estudo, conclui a autora que o câncer parece estar associado à morte, e que a representação social dos pacientes portadores de câncer, deveriam ser examinadas mais detidamente e especialmente os aspectos relacionados à auto-estima e à representação do corpo.

Stedeford (1985) ao assistir pacientes portadores de câncer em fase terminal na Inglaterra, observou que estes pacientes apresentam problemas comuns que podem ser reunidos em quatro grupos a saber: (1) problemas de ou na comunicação; (2) efeitos diretos da doença e tratamento; (3) reações de ajustamento forçadas pela troca de papéis; e (4) problemas sociais e psicológicos pré-existent.

Por sua vez, Nascimento-Schulze (1990) ao realizar um estudo sobre as necessidades de pacientes portadores de câncer em uma população brasileira chegou a agrupamentos de necessidades, que foram classificadas em necessidades de ordem prática, de ordem econômica e de ordem psicossocial.

Ambas autoras mencionam que os pacientes portadores de câncer se referiram a vários tipos de apoio, sendo um deles o apoio psicológico ministrado pela equipe de enfermagem, e ambas sugerem que pacientes portadores de câncer possuem necessidades comuns ou universais. Por outro lado, reconheço que além destas necessidades que são consideradas universais, cada paciente também apresenta necessidades particulares concernentes à unicidade de cada ser humano.

¶ Sendo a mastectomia uma tentativa de retirar do corpo da mulher uma glândula comprometida por células neoplásicas, ou melhor, pelo câncer, parece ter uma gama de significados esta cirurgia para ela como foi explicitado até agora.

Faulkner (1985) sugere que a mastectomia afeta a imagem corporal da mulher, fazendo com que ela se sinta inaceitável como pessoa e Tarrier (1984) diz que apesar dos efeitos psicológicos desta cirurgia serem reconhecidamente devastadores, o bem estar psicológico das clientes tem sido largamente ignorados. Relatando sua experiência com mastectomizadas em uma unidade oncológica, Cox (1984) sugere que

"...um diagnóstico de câncer tem um profundo impacto tanto para o indivíduo como para a família". (p. 18)

e que:

"...para a maioria das mulheres, a descoberta de um nódulo de mama, implica além da probabilidade de câncer, a possibilidade de morte", (p. 18).

onde se misturam sentimentos de medo, negação, ansiedade e frustração sexual.

Ao referir-se sobre a magnitude das repercussões da mastectomia na personalidade feminina, Jenkins (1980) sugere que provavelmente a imagem corporal e o auto-conceito estão interrelacionados. Parlapiano (1974), em um estudo com clientes mastectomizadas, conclui que a mama não é só importante pelo seu aspecto sexual, mas também por ser um componente relevante de atração física e social da mulher.

A mastectomia altera a representação mental que a mulher faz do seu corpo e por isso, concordo com Vieira (1980) quando sugere

re que

"...o enfermeiro, cuidando ou orientando o atendimento, terá como nenhum outro profissional de saúde, oportunidades de lidar com o corpo do doente." (p. 123)

E ao mesmo tempo que cuida deste corpo, o enfermeiro escuta, interage com o cliente, e principalmente, fala deste corpo, o que ajuda na superação de tabus em relação a ele.

Perder uma mama pode significar perder o senso de ser mulher como sugere Parlapiano (1974) ou ter as suas relações com o sexo oposto alteradas. Aconselha Nascimento-Schulze (1981) que

"...é necessário haver no hospital não só um programa de assistência psicológica para pacientes em fase terminal e suas famílias, mas também um preparo dos membros do staff hospitalar que vão interagir com estes pacientes e familiares." (p. 01).

Por ter tão graves repercussões para a personalidade feminina, configura-se a mastectomia como uma intervenção que requer atenção por parte de órgãos governamentais. Assim deveria ser dispensada à mulher uma atenção especializada nesta fase da sua vida.

Para se ter uma idéia da magnitude do problema, Toughill (1984) sugere que uma em cada onze mulheres nos EUA desenvolveram câncer de mama no ano de 1984, cerca de 9% da população feminina e que este risco é maior para as mulheres acima de 40 anos.

Brunner e Suddarth (1985) acrescentam que segundo a Sociedade Americana de Câncer, aproximadamente 112.000 casos novos de tumores mamários malignos são descobertos e aproximadamente 37.000 mulheres morrem por ano desta doença.

Os cânceres que mais acometem as mulheres estão ligados ao aparelho reprodutor, sendo de maior incidência o carcinoma de colo uterino, vindo logo após o carcinoma mamário que foi responsável por 14,5% das mortes no ano de 1980 (Labra, 1989). Quanto as condições de saúde da população feminina brasileira, os números de óbitos por câncer de mama associado ao câncer de colo uterino correspondem a 25% do total (Pinotti e Faúndes, 1988). Ainda segundo Pinotti e Faúndes, as neoplasias malignas são a segunda maior "causa mortis" entre as mulheres de 15 anos ou mais no Brasil, estando abaixo apenas para os distúrbios cardíaco-vasculares.

Labra (1989) sugere que o aumento de incidência do câncer pode estar relacionada as modificações dos padrões alimentares e reprodutivos, já que a idade tardia da mulher para a primeira gestação e a obesidade são atribuídos como causas desta neoplasia maligna.

Também podem ser acrescentados como causa de câncer de mama, a história desta doença na família, a menarca precoce, o alto consumo de gorduras e antecedentes de processos neoplásicos na outra mama. Turnbull in Toughill (1981) aponta para o fato de que se a mulher teve câncer em uma mama, ela tem uma chance tres vezes maior de desenvolver câncer na outra mama.

Ainda dentre as causas de câncer, citamos Pacheco (1984) quando lembra que Stanley Robbins (1965) no seu "Tratamento de Patologia", e Harrison (1966) em seu "Tratado de Medicina Interna", alertam para o efeito carcinogêncio dos estrógenos sobre os órgãos

genitais e mamas de pacientes que fazem uso de pílulas anticoncepcionais.

É importante se lembrar aqui que também pode ser realizada a mastectomia em outras situações, que não por neoplasias malignas porém, em casos raros e extremos, como nas amputações traumáticas da mama, em casos de queimaduras de 3 grau, com perda de tecidos e músculos, nos hemangiomas, nas infecções com necrose com perda tecidual e massas musculares, enfim, onde não seja possível a reconstrução do órgão.

Contudo, todos os autores citados anteriormente corroboram a opinião de Brunner & Suddarth (1985) quando sugerem como forma mais simples e econômica para detectar precocemente o câncer de mama, estimular, difundir e ensinar o auto-exame da mama mensalmente. Sugerem também o acompanhamento médico anual para mulheres com vida sexual ativa ou não, devendo ser o espaço reduzido entre uma consulta e outra, caso a mulher apresente algum sintoma ou ela própria detecte algo diferente. Beland & Passos (1979, vol. 3) recomenda práticas mais acuradas no cuidado a saúde e sugerem que embora seja raro o aparecimento do câncer de mama antes dos 25 anos, recomenda-se que as mulheres jovens façam seu auto-exame mensal desde cedo, a fim de criar o hábito desde a adolescência.

Apesar de existirem outros exames para detectar o câncer de mama, entre os quais podemos citar a mamografia, a xerografia (através da radiografia) e a termografia (através da medição da temperatura), os estudiosos no assunto enfatizam a praticidade do auto-exame da mama, sugerindo que um maior conhecimento do corpo e do seu funcionamento é recomendável para uma vida saudável. Labra (1989,) sugere que este controle da saúde da mulher depende do acesso aos

serviços de assistência, da relação entre os profissionais e usuários, da preparação destes profissionais, de tabus femininos em relação ao corpo e também da existência de programas de saúde específicos para cada situação vivenciada pela mulher. Contudo, apesar da gravidade deste problema e das repercussões da mastectomia para a mulher e para a sociedade, não são grandes os esforços governamentais para detectar o câncer de mama precocemente e evitar a mastectomia. Entre os programas existentes podemos citar o do Ministério da Saúde para "Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama". Este programa tem como objetivo assistir a mulher com neoplasias malignas, normatizando ações de saúde e oferecendo material adequado para treinamento e capacitação dos profissionais de saúde, garantindo assim à população atendimento especializado.

Preocupados com a elevação das taxas de câncer de mama na população feminina e com a necessidade de sua detecção precoce, o programa de controle do câncer mamário visa ensinar a mulher a examinar as suas mamas identificando alterações da normalidade. Entretanto, este programa nacional parece ser uma forma um tanto precária de prevenir o câncer de mama, pois na realidade os serviços de saúde não ensinam a mulher a buscar em seus seios alterações que possam ser traduzidas como patologias, e devido ao exíguo tempo de divulgação pela mídia, de propagandas televisivas, parecem deixar um pouco confusa a mente feminina.

A importância do auto-exame de mama é grandemente enfatizada por vários autores, como Brunner e Suddarth (1985) justificando que isto se deve aos recentes estudos e conclusões sobre os "cânceres de intervalo", ou melhor, aqueles que se desenvolvem após uma consulta, onde o rastreamento de tumores foi negativo e antes de uma

nova consulta médica, a tumoração foi encontrada pela própria mulher.

Outra experiência com relação a programas de controle do câncer de mama, é a do Hospital da Mulher em Campinas (Programa de Controle de Câncer de Mama - PCCM), que consiste em um conjunto de ações hierarquizadas, cuja primeira atividade é ensinar a mulher a se auto-examinar e buscar anormalidades externas nas suas mamas com o objetivo de detectar precocemente o câncer mamário (Pinotti, 1985).

Os dados do Ministério da Saúde revelam que no Brasil nos anos de 1984 e 1985, cento e trinta e sete mil, seiscentos e vinte e tres brasileiros morreram por causa de neoplasias malignas. Deste total, oito mil setecentos e vinte sete brasileiros são mulheres tendo como "causa mortis" a neoplasia maligna de mama. Este tipo de neoplasia tanto em 1984 como em 1985, ocupam por sua vez, o terceiro lugar dos óbitos por neoplasias malignas de mama feminina. Para o Estado de Santa Catarina em 1984, os dados eram de 2.184 óbitos por neoplasias malignas, sendo 104 por neoplasia maligna de mama feminina, e para o ano de 1985 são de 2.345 óbitos e 114 deste por câncer de mama feminino.

Entretanto, estes dados são referentes aos óbitos e ao propor este modelo de assistência baseado na teoria da representação social minha intenção é contemplar as mulheres que são portadoras de neoplasias malignas de mama, e que são submetidas à mastectomia. Quero dizer com isso que estas mulheres poderão, eventualmente, estarem em fase terminal da sua vida. Entretanto, existe um grande nº de mulheres portadoras de Ca de mama que procuram os serviços de saúde e com grandes chances de sobrevida e que sucumbem à malignida-

de da doença e a agressão corporal por falta de acompanhamento. É isto que busco resgatar neste processo de assistência tentando elevar a qualidade de vida destas mulheres.

Após a cirurgia a paciente se submete a um tratamento coadjuvante (radioterapia e/ou quimioterapia) sendo acompanhadas apenas pelo médico. Os outros profissionais como psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e outros, não se envolvem na assistência a estas mulheres porque não existe no país um programa de atendimento que proporcione a elas uma assistência globalizada, objetivando melhorar sua qualidade de vida. Entretanto a assistência de enfermagem à mulher mastectomizada parece ser um assunto que preocupa não só enfermeiros, mas psiquiatras, psicólogos e cirurgiões.

Os artigos publicados sobre este tema são, em sua maioria, oriundos dos Estados Unidos e Inglaterra, retratando pois uma realidade diferente do Brasil. Estes artigos são frutos de estudos, pesquisas, relatos de experiências, tendo quase todos marcos de referência sobre os quais os trabalhos são desenvolvidos.

Youssef (1983), utilizando um modelo de enfermagem baseado nas teorias de crise e do auto-conceito, desenvolveu um processo de assistência para mulheres submetidas à mastectomia. Esta intervenção ocorreu em dezoito sessões no espaço de tempo de seis semanas e ela teve como objetivo tornar as mulheres capazes de voltar ao nível de funcionamento do período da pré-crise com novos padrões de relacionamento e uma percepção mais positiva do eu. Era focado também neste processo, a incapacidade da mulher em enfrentar o aqui-e-ago-ra. Vários pontos fundamentavam o modelo para intervenção na crise e entre eles podemos citar como questão mais importante (1) a atitude da cliente em relação à doença, acompanhada pelo (2) conhecimento e

expectativas em relação ao câncer, (3) elucidação de termos e (4) informações relevantes às clientes, todos estes pontos com o objetivo de reduzir a ansiedade.

É importante dizer que esta assistência mudava de acordo com os diferentes estágios de hospitalização, e a intervenção era ajustada às necessidades das pacientes. Uma enfermeira psiquiátrica e um pesquisador dividiam a liderança deste grupo de mulheres esclarecendo distorções, fornecendo informações, reduzindo ansiedade e fantasias, considerando o desconhecimento da doença e do tratamento. As clientes eram encorajadas a fazer questionamentos, tomar decisões e a executar tarefas de maior envolvimento com o seu processo de tratamento e treinar atividades para a futura alta hospitalar.

Foram utilizadas a Escala do Auto-Conceito de Tennessee (TSC5) a qual reflete especialmente o nível individual do auto-cuidado, e a Escala de Auto-Avaliação da Depressão (SDS) utilizada para medir quantitativamente a depressão.

Após analisar os resultados, Youssef concluiu que o grupo experimental (o que vivenciou o processo de intervenção diferenciada e proposto pela autora) apresentou ganhos significativos referentes a auto-estima em relação ao grupo controle. E a autora sugere que apesar das suas conclusões serem limitadas, o seu modelo se adequa a situação de crise vivenciada pela paciente com câncer porque a ajuda a restabelecer o equilíbrio e demonstra sentimentos positivos em relação ao eu. Acrescenta ainda Youssef, que o encorajamento consistente é uma necessidade dos pacientes com câncer que estão deprimidos.

Jenkins (1980) do mesmo modo que Youssef, aplicou a TSCS para verificar se havia alguma diferença significativa entre auto-

conceito e imagem corporal entre mulheres mastectomizadas e mulheres normais. As mulheres das duas amostras eram da mesma raça, tinham a mesma condição sócio-econômica, o mesmo peso corporal, sendo que no grupo de mulheres com os dois seios não havia história prévia de câncer. Contudo, Jenkins não chegou à mesma conclusão que Youssef e alega que não foi verificada por ela diferenças significativas do auto-conceito e da imagem corporal entre mulheres mastectomizadas e outras mulheres.

Recomenda Jenkins que nas pesquisas futuras a respeito do auto-conceito e da mastectomia sejam aprofundados estudos sobre as sequelas psicológicas advindas da cirurgia e o impacto gerado por outros tipos de câncer feminino, entre outras. Contudo, parece que esta autora desconhece a importância de conhecer a história de vida da mulher que se submete a mastectomia para nortear a assistência de enfermagem. Concordo com Jenkins e com todos os autores citados até agora que são importantes estes estudos sobre a mulher mastectomizada variando a idade, a presença de outras doenças e de outras cirurgias associadas ou não a mastectomia. Entretanto acho de fundamental importância conhecer a história de vida de cada mulher para poder fazer um diagnóstico a respeito dos sentimentos da cliente sobre si mesma, o seu corpo, a relação com os outros, enfim, as suas representações.

Também Krouse e Krouse (1982) utilizando um marco conceitual baseado na teoria de crise, sugere que não há diferença entre o nível de depressão entre mulheres que fazem mastectomia ou histerectomia por câncer ou biópsia mamária. Aplicando o Inventário para Depressão de Beck e o Questionário para Imagem Corporal de Bohrnstedt para três grupos de mulheres candidatas à mastectomia, histerectomia

e biópsia de mama, os autores acompanharam as clientes por dois meses consecutivos coletando dados antes e após os procedimentos cirúrgicos. Após uma análise estatística detalhada dos resultados, Krouse e Krouse concluíram que de acordo com o previsto na teoria de crise, as mulheres mastectomizadas do seu estudo dispenderam cerca de mais ou menos o período de seis semanas para solucionarem esta situação de crise. Contudo, estes autores reconhecem que as pacientes com diagnóstico ou em tratamento do câncer, tem reações complexas e variadas, e que da resolução da crise depende o retorno da mulher à sociedade.

Dean (1987), Lasry e col. (1987), acompanharam mulheres submetidas a mastectomia com outros tratamentos coadjuvantes aplicando inventários e questionários de avaliação psiquiátrica com o objetivo de verificar respectivamente fatores predisponente e tipos de doenças mentais no período pré-operatório da mastectomia (Dean) e a depressão, satisfação ou insatisfação com a imagem corporal após a mastectomia ou retirada de nódulos mamários (Lasry e col.).

Enquanto Dean realizou o seu estudo por doze meses, Lasry e col. coletaram dados por dez anos. Após analisar cuidadosamente os dados estatísticos, Dean enfatiza o papel da enfermeira ao participar da assistência e identificar casos de alto risco, casos estes que tiveram acompanhamento psiquiátrico prévio. Lasry por sua vez, sugere que as mulheres mastectomizadas demonstram altos níveis de depressão e pouca satisfação com a sua imagem corporal e que é recomendável o aconselhamento para pessoas submetidas a este tipo de cirurgia.

Para Lindsey e col. (1981), Woods e Earp (1978) e Northouse (1981) é imprescindível manter-se o suporte social para mulheres

submetidas à mastectomia. Lindsey e col. fazem uma revisão dos estudos sobre o suporte social e sugerem trabalhos futuros com o objetivo de aperfeiçoar a conceptualização e os instrumentos para a sua medição de modo que possa ser determinada a sua importância e o seu papel social na saúde. Woods e Earp também valorizam o conceito de suporte social e enfatizam a qualidade de vida após a mastectomia. Estes autores concluíram que o suporte social é importante para a recuperação e ajustamento da mulher a sua nova condição de vida.

Northouse através da aplicação de questionários e inventários, enfatiza a relação existente entre outros significantes, ou seja, pessoas identificadas pela mulher mastectomizada como indivíduos que, com os quais poderia compartilhar a sua ansiedade e o medo de pacientes da recorrência do câncer em remissão.

Entre os autores que se referem a assistência à mulher mastectomizada, encontram-se profissionais de diversas disciplinas como enfermeiras, psicólogos e psiquiatras. Estes recomendam que os dados sejam coletados desde o período pré-operatório. Este fato pode ser observado também nos relatos de experiências de várias enfermeiras americanas, canadenses e inglesas, que passo a relatar.

Muitos e relevantes artigos são escritos por enfermeiras e médicos analisando os danos psicológicos do câncer de mama e seu tratamento. Graydon (1984) analisando os estudos de vários autores sobre os pontos estressantes na mastectomia enfatiza o valor do suporte social, já referido anteriormente, além de salientar o valor da enfermeira em ajudar a mulher com câncer de mama a reconhecer e utilizar a família, amigos e profissionais de saúde como fonte de apoio.

Por sua vez, Scott (1983) ao dissertar sobre a qualidade de vida após o diagnóstico de câncer de mama, analisa os estágios da

evolução clínica deste tipo de câncer preconizados por quatro dos maiores clínicos norte-americanos. Para Scott, que adota a mesma classificação que estes clínicos, são dez os estágios, a saber:

- 1) Estágio prodrômico - momento em que a mulher desenvolve e entra em contato com os conceitos de saúde, câncer, a mama e o eu;
- 2) Estágio prediagnóstico - é o período da descoberta, quando a mulher gradualmente torna-se consciente dos sintomas, amedrontada, ansiosa e confusa a respeito do que é o câncer;
- 3) Estágio diagnóstico - caracterizado pela avaliação médica seguida de diagnóstico. Estima esta autora que em 90% dos casos é a própria mulher quem descobre o nódulo;
- 4) Estágio pré-operatório - é o estágio onde ocorre a admissão hospitalar, a preparação pré-operatória e a separação da família;
- 5) Estágio operatório ou cirúrgico - ocorre geralmente no dia subsequente ao internamento, caracterizando-se por ser essencial à transição;
- 6) Estágio pós-operatório imediato - são os momentos que se seguem após a cirurgia até o término da internação hospitalar;
- 7) Estágio pós-operatório prolongado - é o período que após a alta é caracterizado pela reorganização da vida da cliente no lar. é a reestruturação do intervalo entre viver/morrer;
- 8) Estágio de terapia adjuvante - neste estágio a cliente recebe o tratamento que vai auxiliar a cura do câncer como quimioterapia, radiação, terapia hormonal ou imunoterapia;

- 9) Estágio recorrente - este período é caracterizado por duas resoluções: ou a cliente se recupera, sobrevive e retoma a sua vida normal ou o seu corpo já tem metástases avançadas do câncer que tem sua origem na mama. É a proximidade da separação e do luto. A família se restabelece expandindo e redefinindo papéis sociais; e
- 10) Estágio de recuperação - é o oposto do estágio recorrente e Scott aponta para três objetivos nesta fase:
- restauração da função física, mobilidade e conforto;
 - reintegração da imagem corporal; e
 - administração do estresse.

Reconheço que esta revisão de Scott é de valor relevante ao estudo da assistência à mulher mastectomizada e vale acrescentar aqui que o resumo referido acima sobre os estágios que vivencia o paciente são bem mais detalhados pela autora e inclui em cada um deles, um seu número de razões psicológicas específicas a cada uma das fases.

Contudo, gostaria de acrescentar que apesar de existirem reações comuns a estas clientes, por ser cada uma destas mulheres um ser com uma história de vida única, torna-se difícil prever com relativa precisão como cada pessoa reage e expressa os sentimentos à respeito da doença que acomete o corpo. Porque tanto as reações, os sentimentos, as emoções enfim, variam não só de indivíduo para indivíduo, mas recebe influência da cultura, das experiências, informações e educação que cada ser vivencia, da forma como cada um percebe a si e aos outros, dos valores e atitudes, ou seja, das representações.

Entretanto, todos estes autores referidos até agora são estrangeiros (americanos, ingleses, canadenses e egípcia). Os relatos de autores brasileiros são muito escassos sobre este tema, embora o assunto preocupe vários profissionais, pouco é escrito no Brasil sobre a assistência à mulher mastectomizada.

Destes poucos artigos escritos por enfermeiras e psicólogos brasileiros, dois me chamaram a atenção. O primeiro de Carvalho (1984) que verificam se era ministrada a orientação de enfermagem à mulher mastectomizada. Segundo a autora, esta orientação é um fator decisivo no ajustamento das mulheres a alteração causada no corpo pela cirurgia. Concordo com Carvalho sobre a importância da orientação e acrescento que estas orientações devem não só iniciar-se no período pré-operatório, como também estender-se após a cirurgia. Quanto a este acompanhamento pós-operatório, sugiro que seja determinado pela cliente sob a supervisão da enfermeira. E mais, que esta intervenção de enfermagem seja fundamentada num arcabouço teórico que possibilite ao profissional ajudar a cliente a desvendar os segredos do seu corpo e do seu eu em busca de uma boa qualidade de vida.

O segundo artigo de Meleti e Angerami (1984), psicólogos que atuavam junto a mulheres mastectomizadas, enfoca principalmente o problema destas clientes que desconheciam o seu diagnóstico. O trabalho destes profissionais foi no sentido de assessorar a médicos e enfermeiros a uma atuação conjunta com as clientes discutindo condutas a serem adotadas, pois como foi dito anteriormente elas eram levadas à cirurgia sem conhecer o diagnóstico clínico de câncer, e o cirúrgico, a mastectomia.

Relata os autores deste trabalho, que as clientes chegavam ao ambulatório encaminhadas por outros médicos que nada lhe esclareciam sobre o seu diagnóstico e o tratamento. Estas clientes ainda não submetidas à cirurgia, encontravam-se no hall dos consultórios com mulheres que já haviam sido mastectomizadas e trocavam informações sobre a doença, a cirurgia, os tratamentos coadjuvantes e o corpo mutilado. Deste modo, os autores começaram a questionar o porquê dos médicos se negarem a precisar o diagnóstico de câncer, induzindo as clientes a realizarem a cirurgia apenas para esclarecimento de um diagnóstico não comprometedor como o de câncer. Meleti e Angerami sugerem que os próprios médicos não estavam preparados para lidar com a mitificação do câncer. E desdobram a questão indagando que se os médicos, portadores do conhecimento científico para diagnosticar e tratar a doença não estavam preparados para enfrentar a realidade do câncer de modo livre e verdadeiro, como esperar da paciente e da sua família estas reações? Concordo com os autores e ainda acrescento um desdobramento desta questão: a ousadia do profissional de saúde que decide sobre o corpo de uma pessoa sem que ela sequer tome conhecimento sobre o que será realizado. E, principalmente, se relacionados ao diagnóstico e tratamento estão transformações vitais à vida da cliente.

Também foi verificado pelos autores ao relatar alguns casos clínicos, que após o acompanhamento psicológico das clientes desde o período pré operatório até o pós-operatório, as mesmas demonstraram melhor aceitação da doença ao perceberem o respeito pelas suas decisões. Apesar de Meleti e Angerami utilizarem uma linguagem pouco científica em seus relatos, percebe-se a seriedade, compromisso profissional e respeito ao direito do ser humano de deliberar so-

bre o próprio corpo.

Considero de relevância para este processo de assistência à mulher mastectomizada fundamentado na teoria das representações sociais, o trabalho desenvolvido no Centro de Assistência Integral à Saúde da Mulher (CAISM) em Campinas. Tendo a frente um grupo de profissionais de saúde comprometidos com a qualidade de vida da população feminina, o Programa de Controle de Câncer da Mama (PCCM) de Campinas, propõe um esquema de atendimento à mulher com problemas mamários compatível com a realidade brasileira.

Reconhecendo as dificuldades de controle bem maiores no câncer de mama em relação ao cérvico-uterino, o PCCM atende a mulher em três níveis de assistência. O nível primário, realizado nos postos de saúde, é uma consulta clínico-ginecológica, envolvendo o teste de Papanicolau e o exame das mamas. Nesta consulta é abordado um aspecto considerado essencial na assistência a saúde da mulher, que é a orientação e ensino do auto-exame mensal das mamas para clientes com mais de 30 anos. A partir destas condições, se há risco ou dúvida quanto ao diagnóstico de câncer de mama, a cliente é encaminhada para o nível secundário, um serviço denominado "Ambulatório de Apoio do PCCM", que é ágil e suficiente para atender a demanda de clientes sem agendamento prévio. Neste nível são realizados exames imediatos na cliente, esperando-se apenas pelo exame citológico (aproximadamente duas semanas). Parte das clientes submetem-se a tratamento clínico e outras, como por exemplo, as portadoras de câncer de mama são encaminhadas à cirurgia.

O que mais me chamou a atenção neste programa foi não só o seguimento e controle das clientes de alto risco, mas a preocupação justificada em disseminar o conhecimento sobre o auto-exame das mamas. Contudo, Pinotti & Faundes (1988) referem que apesar do PCCM de

Campinas, muitas mulheres chegam ao hospital com um processo de câncer de mama avançado e com as possibilidades de cura bastante reduzidas. Alertam os autores para os seguintes fatores como alternativas para possibilitar a reversão do quadro:

- 1) o PCCM deve ter a mesma extensão do Programa de Controle Cérvico-Uterino;
- 2) a população deve conhecer as ações para diagnóstico precoce do câncer de mama;
- 3) os profissionais que atendem nos postos de saúde devem conhecer detalhadamente as técnicas utilizadas para exame;
- 4) o exame rotineiro das mamas deve ser realizado pelos profissionais de saúde e não apenas quando a cliente refere alguma queixa; e
- 5) a adoção da orientação e ensino do auto-exame das mamas em postos de saúde.

* Além de concordar com Pinotti e Faúndes, considero que não só a mulher precisa conhecer o seu corpo, instrumento concreto da sua relação com os outros indivíduos e com a sociedade, como também verbalizar e compartilhar as representações deste corpo. Por outro lado, se é necessário que a mulher conheça o seu corpo, é imprescindível que a enfermeira desenvolva e aprofunde seus conhecimentos não só sobre a teoria que fundamenta este processo de assistência, como também sobre a representação social do corpo, da saúde, da doença e do câncer para assistir estas clientes. Também se faz necessário salientar que, neste momento os conhecimentos técnicos sobre estes temas podem ser considerados dados, pois são bem explorados e referenciados por diversos autores. Enquanto que os conhecimentos sobre a

representação social do corpo, da saúde, da doença e do câncer são temas pouco explorados até agora.

Entretanto, é necessário considerar que são grandes os avanços tecnológicos na área de saúde, que os dados científicos são rapidamente divulgados, e que é com relativa facilidade que se tem acesso ao conhecimento que existe hoje, sendo que os estudos mais recentes são dotados de um arcabouço teórico, funcionando como uma estrutura de sustentação, ou seja, um marco de referência que norteia todo o processo de intervenção, análise e avaliação da assistência de enfermagem.

CAPÍTULO 3: MARCO CONCEITUAL

Este capítulo é dedicado ao marco conceitual para a assistência de enfermagem às mulheres que perdem a mama, baseado em conceitos da Teoria das Representações Sociais. O marco conceitual é uma reunião de conceitos organizados e interligados de tal forma que conferem ao modelo de assistência proposto uma estrutura de sustentação consistente. É uma forma de organizar as idéias, fenômenos e percepções conferindo às abstrações um caráter científico. E este recorte da realidade pode representar um determinado universo ou uma das suas partes. Antes do marco conceitual, estão explicitados os pressupostos da teoria e à seguir, ao explicar os conceitos, estão inclusos os meus pressupostos que estabelecem a ligação entre os aspectos teóricos e práticos do problema - o significado da retirada da mama para a mulher.

No marco referencial que fundamenta este processo de assistência à mulher mastectomizada, há uma consonância dos conceitos da teoria das representações sociais com meus valores e crenças. Vejo também que tal teoria me possibilita analisar a mulher no seu contexto social e histórico, assim como fazer uma aproximação do que seja o corpo - este estranho desconhecido.

PRESSUPOSTOS

- Os indivíduos compreendem e interpretam diferentemente a situação na qual se encontram e não se comportam de maneira idêntica diante de um processo semelhante.

- O sujeito não é o simples teatro, sobre as cenas do qual se representam peças independentes dele e reguladas antes pelas leis de um equilíbrio físico automático: ele é ator e frequentemente o autor destas estruturas que ele ajusta à proporção e à medida do seu desenvolvimento.
- O homem é considerado como produtor de sentido. Ele exprime na sua representação o sentido que ele dá à sua experiência no mundo social.
- Ator social, inscrito numa posição ou lugar social, o sujeito produz uma representação que reflete as normas institucionais decorrendo de sua posição ou das ideologias ligadas ao lugar que ele ocupa.
- As representações sociais são uma forma dos indivíduos se situarem na sua realidade sendo assim tributárias da posição que eles ocupam na sociedade, na economia e na cultura.
- Toda representação social é representação de alguma coisa e de alguém. Ela não é então nem o duplo do real, nem o duplo do ideal, nem a parte subjetiva do objeto, nem a parte objetiva do sujeito. Ela é o processo pelo qual se estabelece a relação.
- A representação se refere ao conteúdo mental concreto de um ato de pensamento que restitue simbolicamente alguma coisa ausente, que reaproxima alguma coisa longínqua.
- Representar é tomar o lugar de, estar no lugar de. Neste sentido, a representação é o representante mental de alguma coisa: objeto, pessoa, acontecimento, idéia, se aparentando desta forma ao signo.
- Representar é re-apresentar, tornar presente ao espírito, à consciência e se refere ao conteúdo mental.

- A representação não é simples reprodução, mas construção e comporta na comunicação uma parte de autonomia e de criação individual ou coletiva.
- Como ser social, interagindo com outros seres em uma mesma sociedade, a enfermeira constrói e compartilha representações.
- Este processo interativo enfermeira-cliente, tem como objetivo a relação de ajuda onde a confiança é um elemento-chave para o sucesso desta relação.
- A saúde e a doença são experiências vivenciadas pelos seres humanos na sociedade e não são processos antagônicos.

Parto da premissa de que o ser humano é um ser essencialmente social e, a mulher enquanto ser humano, faz parte da sociedade. Ao viver nesta sociedade, os seres humanos comunicam pensamentos, trocam experiências, reproduzem e interpretam a realidade, constroem e compartilham representações e criam as suas histórias de maneira diferente para cada um, até mesmo quando a situação na qual se encontram é idêntica. Eles não são apenas os atores, mas também os autores, pois são capazes de pensar, agir e regular a sua história ao seu desenvolvimento e à sociedade em que vivem. Portanto, esta sociedade tem um caráter dinâmico, estando em constante transformação, o que lhe confere um caráter "pensante". As representações de cada ser humano, por sua vez, são revestidas de sentido e expressas à partir da experiência que cada um tem no mundo social, impregnadas da ideologia da sociedade da qual este ser humano faz parte. Uma troca de conhecimentos se dá na interação social através da linguagem, que possibilita ao ser humano codificar a sua realidade e expressar as suas idéias, valores, crenças e atitudes, à partir de toda uma vivência social. Neste processo a linguagem tem função de me-

dição entre o indivíduo e seu ambiente e entre os membros de uma mesma sociedade, exprimindo problemas não só particulares, mas também comuns a todos os indivíduos./

/ Este sistema de interpretação, que é a linguagem, permite ao indivíduo comunicar os seus pensamentos e também permite influenciar os outros indivíduos do grupo. Por outro lado, ao entrar em contato com outras formas de pensamento ou interpretação, o indivíduo absorve experiências ou percepções que conduzem a uma visão nova do objeto representado./

/ Desta forma, é a linguagem que possibilita à mulher, enquanto participante desta sociedade "pensante", expressar os seus sentimentos, valores, percepções, crenças e conhecimentos através das palavras, que por sua vez não são meros sinais ou sons, mas são impregnadas de representações, e segundo Moscovici (in Forgas, 1981) possuem

"um poder comparável ao do espelho, que tem a vantagem extraordinária de destacar a aparência da realidade" (p.26). 0

Segundo Jodelet (in Moscovici, 1984), o corpo é:

"de uma vez e ao mesmo tempo, um objeto privado e público, cujas representações acham-se estreitamente ligadas com os reinos psicológico, social e cultural" (p. 01)

Portanto, o corpo, sua forma, usos e valores, tem relação imediata com a estrutura social na qual o indivíduo vive e interage, de acordo com as diferenças culturais definidas como importantes para cada sociedade e experienciadas individual ou grupalmente.

Conhecer as representações sociais do corpo é conhecer o genérico, compartilhado coletivamente e reconhecê-las em cada indivíduo é conhecer o modo como estas representações sociais do corpo são experienciadas individualmente. /

Tanto a saúde como a doença são experiências que fazem parte da vida do ser humano. Saúde e doença não são situações antagônicas, mas situações ao longo da vida do ser humano, e segundo Herzlich (1986) resultam do processo social e estão enraizadas na realidade social e histórica de cada homem. / Como uma situação que ocorre na vida do ser humano, tanto saúde como doença são objetos de representação social próprias para cada cultura. / Herzlich sugere que só ao ficar doente é que o ser humano se apercebe da saúde, e o seu comportamento contém o resultado da doença concebida pela sociedade. / Ao vivenciar a experiência de ser portadora de uma doença que pode ser fatal e que vai alterar a sua imagem corporal pela retirada da mama, a mulher vive um conflito e confronta a representação de corpo harmônico proposto pela moda, mídia e por toda a sociedade, com o seu corpo atual, real, concreto e que está alterado privado de uma das suas partes - a mama.

A alteração do "esquema mental" que essa mulher tem do seu corpo, por sua vez, parece modificar o que a mulher pensa sobre si mesma, o que ela acredita que é capaz de fazer, o que gostaria de ser e o que os outros pensam dela, enfim, o seu auto-conceito (Burns, 1979).

Do mesmo modo que a representação de corpo, o auto-conceito para o ser humano não é estático, ele pode ser alterado por um sentimento, uma crença ou uma percepção. Assim, ao vivenciar uma experiência como a mastectomia, a mulher pode ter também o seu auto-conceito modificado. Nesta situação-problema, a mulher precisa da ajuda de vários profissionais, entre eles os de enfermagem. Sendo não só uma prática social, mas também um corpo de conhecimentos quer específicos, quer de ciências afins, a enfermagem tem como objetivo ajudar e/ou cuidar dos seres humanos a solucionar problemas de saúde, sem entretanto poder ignorar o contexto sócio-cultural e histórico destes seres.

Como ser humano, mulher e profissional de enfermagem, a enfermeira, em especial, partilha este contexto sócio-cultural e histórico com as clientes - mulheres mastectomizadas - constrói e compartilha as representações sociais.

CAPÍTULO 4: METODOLOGIA

Este estudo foi realizado na Maternidade Carmela Dutra (MCD), mais precisamente no anexo V da Unidade de Internação de mulheres com problemas oncológicos. Num projeto sobre a assistência de Enfermagem à mulheres aprovado pelo diretor da referida instituição, foi proposto um modelo para prática assistencial baseado no reconhecimento das representações sociais destas clientes.

O estudo aconteceu em dois momentos:

I. Num primeiro momento, por ocasião da realização da disciplina Prática de Enfermagem, quando assisti três clientes mastectomizadas que estavam no período pós-operatório e cuja assistência estendeu-se até o domicílio das mesmas. Uma quarta cliente também foi assistida no domicílio, porém sem ter nenhum vínculo com a instituição (M.C.D.) ou qualquer outra.

Na verdade esta prática preliminar, serviu de base para o aprimoramento do projeto e determinou decisões, como por exemplo:

1 - Que eu deveria prestar assistência às clientes mastectomizadas antes, durante e após a realização da cirurgia;

2 - Que as representações das mulheres seriam levantadas antes e depois da cirurgia; e

3 - Que a entrevista seria realizada também em dois momentos: antes e após a cirurgia.

II. Posteriormente, num segundo momento, após a reformulação do projeto, voltei a instituição (MCD) e assisti quatro clientes que se submeteram a mastectomia. O primeiro contato com estas clientes foi realizado no ambulatório ou imediatamente após o internamento, ou seja, antes da cirurgia.

Como critérios para a escolha das clientes, foi estabelecido que elas deveriam ser candidatas à mastectomia e que morassem nos municípios de Florianópolis ou próximos a ele.

A partir destas resoluções, foram adequados o marco de referência e a metodologia à nossa proposta de assistência.

Para realização deste trabalho foram utilizados um Método de Assistência de Enfermagem e um roteiro para a entrevista. A avaliação da assistência pela cliente foi realizada a partir de uma escala de valores de um a cinco, para os quais eram atribuídos os seguintes adjetivos:

- cinco - muito eficiente
- quatro - eficiente
- três - regular
- dois - ineficiente
- um - muito ineficiente.

Apesar de ter assistido a quatro clientes, apenas duas mulheres têm as suas histórias descritas neste estudo. O critério adotado para a escolha destas duas clientes foi o maior número de encontros com as mesmas (dez para a Sra. A e onze para a Sra. H.). As duas mulheres são identificadas pelas iniciais dos seus pré-nomes.

Método da Assistência de Enfermagem

Existem muitos modelos conceituais para a assistência de Enfermagem. Entre eles podemos citar os de Orlando (1961), Orem (1971), Roy (1976), Rogers (1970), King (1971), Neuman (1974),

Leininger (1984) e outros, nos Estados Unidos e Horta (1967) e Palm (1974), no Brasil, são marcos de referência destinados à educação, prática e pesquisa em Enfermagem.

Segundo Leddy & Pepper (1986),

"Os métodos propostos para a assistência com base nos modelos acima mencionados são um modo de pensar e resolver problemas que integram conhecimentos cognitivos, interpessoais e psicomotores no cuidado ao cliente, fundamentais à prática da profissão de enfermagem "(p.211)

Tais métodos envolvem um conjunto de passos para o processo de enfermagem, portando em si os conceitos propostos em cada modelo. No modelo proposto, o processo se desenvolve em quatro fases, através de seis passos de operacionalização ou modos de: (1) por em prática o processo, (2) fazer a análise dos dados coletados (ou refletir sobre os dados colhidos), e (3) refletir sobre a assistência prestada.

Para elaborar este modelo, adotei a definição de processo de enfermagem de Sundeen et alii (1985) que preconiza que

"O processo de enfermagem é um processo interativo de resolução de problemas, usado pela enfermeira como um modo sistemático e individualizado para atingir os objetivos do cuidado de enfermagem"(p.07)

Por ser um processo interativo, no Processo de Enfermagem tanto enfermeira como cliente são reais, e esta realidade cotidiana

acontece numa sociedade. Para Berger & Luckmann (1985),

"esta mesma realidade contém esquemas tipificadores, em termos dos quais os outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como "lidamos com eles nos encontros face-a-face".(p.50)

Logo, esta realidade cotidiana compartilhada nas interações sociais, é construída à partir da educação que o indivíduo recebe, das informações transmitidas pela mídia, dos hábitos, atitudes e crenças de cada um, enfim das vivências de cada indivíduo.

Na sua essência, o processo de enfermagem é uma interação social compartilhada pelos profissionais de enfermagem e pela cliente, e segundo Sundeen et alii (1985), requer uma

"abordagem deliberada e organizada que requer pensamentos, conhecimento e experiência"(p.07),

e é nesta relação que a enfermeira ajuda a mulher mastectomizada a refletir sobre seu corpo e seu auto-conceito. Nesta interação para ajuda,

"enfermeira e cliente surgem como companheiras numa relação construída na confiança e dirigida para a maximização das forças da cliente e manutenção da sua integridade"(p.07)

A assistência de enfermagem é dotada de fases diferenciadas e apesar de todas as outras metodologias utilizadas retratarem uma forma sistematizada de cuidar do ser humano, possuem diferenças entre si que são inerentes ao próprio marco que os fundamenta.

Neste modelo, a assistência proposta é fundamentada nos conceitos de Representações Sociais acrescido dos meus conceitos sobre os problemas que a mulher mastectomizada apresenta e na relação de ajuda como modalidade do cuidar. Este Método de Assistência de Enfermagem é composto por quatro fases, à saber:

1 Fase ou fase de Reconhecimento das Representações e das Necessidades Existentes

Nesta fase foram obtidas as representações da cliente, assim como diagnosticadas as suas necessidades.

Tanto Stedeford (1985) como Nascimento-Schulze (1990) consideram que pacientes portadores de câncer apresentam necessidades comuns ou universais. Reconhecemos também que afora estas necessidades comuns ou universais dos pacientes cancerosos, cada cliente apresenta suas necessidades particulares concernentes a unicidade de cada ser humano, que serão atendidas de acordo com o seu aparecimento e prioridade estabelecida pela cliente e enfermeira.

Além das necessidades, nesta fase foram reconhecidas as representações da cliente, e segundo Jodelet (in Moscovici, 1984)

"o sujeito é considerado como produtor de sentido, e ele exprime na sua representação o sentido que ele dá a sua experiência no mundo social" (p.07)

Estas representações são explicitadas através das observações da enfermeira e do discurso da cliente, e para Jodelet é

"a linguagem que serve para codificar a realidade"(p.07)

2 Fase ou Fase de Decodificação das Representações e das Necessidades Existentes

Através da análise das falas serão identificadas as necessidades da cliente e decodificadas as representações sobre o corpo, a mama, a saúde a doença.

Por exemplo, uma cliente ao ser abordada sobre o seu corpo, disse-me: "Sem a mama eu sou igual a um homem", podemos inferir que para esta cliente, a mama é igual a um sinal determinante para estabelecer a diferença entre os corpos masculino e feminino. A alteração de uma parte do corpo repercute no próprio conceito de homem e de mulher, logo, para esta cliente, a mama é um símbolo da feminilidade. Posso perceber que o problema se encontra ligado à sua imagem corporal e/ou ao seu auto-conceito, e portanto, são nestas representações que intervém a enfermeira.

3 Fase ou Fase de Interação para a Ajuda

Em função das R.S. e das necessidades manifestas, a enfermeira interage com a cliente buscando ajudá-la. Esta fase representa a tentativa prática de intervir em função do diagnóstico previamente

realizado. É importante marcar que no caso das representações, as intervenções da enfermeira foram planejadas, mas muitas vezes, a intervenção foi feita imediatamente após a apresentação da necessidade.

Ajudar é a essência da assistência de enfermagem deste modelo e significa criar condições através da transmissão de conhecimentos e informação para a reflexão sobre os comportamentos da cliente e da enfermeira.

Ajudar é ainda cuidar do corpo da cliente e possibilitar a mulher refletir sobre o seu auto-conceito e sua imagem corporal, considerando o seu corpo, sem a mama.

4 Fase ou Fase de Reelaboração da Vivência Corporal

Nesta fase, a enfermeira atuou no sentido de auxiliar a cliente a reelaborar a sua vivência corporal.

A forma de ver, sentir, usar e viver o corpo parece ser um conceito construído ao longo da vida de cada pessoa. A estruturação deste conceito é influenciada, em parte, pela educação que a pessoa recebe, pelas imagens e conceitos que são veiculadas pela mídia, pelas informações, crenças e valores repassados por familiares e, principalmente, pela interação com outras pessoas. E, interagindo com a cliente, a enfermeira não só desvenda as representações que a mulher tem sobre o seu corpo, a saúde e a doença, como ajuda a cliente a se adequar a uma nova situação.

O processo de Assistência de Enfermagem ocorreu em vários locais e a divisão do método de assistência em passos tem um efeito

didático não só para situar o desempenho da enfermeira, como também tornar mais compreensível ao leitor quando e onde ocorreu a atuação profissional. Vale lembrar que tais passos são flexíveis e foram alterados quando houve necessidade.

A intervenção da enfermeira neste processo tem duas finalidades principais de (1) levantar e atender as necessidades universais e particulares de cada cliente, e (2) identificar e orientar as representações da cliente de modo a tornar possível a ela reelaborar a sua vivência corporal.

As necessidades da cliente são atendidas após a sua identificação ou aprazadas para o próximo encontro, de acordo com as suas prioridades. Quanto às representações, a atuação da enfermeira se faz através do diálogo com linguagem acessível a cada cliente e possibilitando principalmente, os questionamentos.

O Processo de Assistência de Enfermagem ocorreu em vários locais e foi norteado de acordo com os seguintes passos:

1 Passo - correspondeu ao encontro com a cliente no ambulatório.

Após a abordagem inicial, solicitei a permissão da cliente para a assistência individualizada, explicando o acompanhamento durante os períodos pré, trans e pós operatórios. Mencionei as visitas domiciliares, e a importância dos relatos de observações e das entrevistas serem gravadas. Iniciou-se uma relação de ajuda garantindo à mulher o sigilo, a privacidade e a confiabilidade dos dados coletados. Neste encontro o registro foi feito através do relato da observação da enfermeira e foram coletados os dados de identificação da cliente, item 1 (vide roteiro em anexo - n_ 1)

2 Passo - Envolveu uma visita domiciliar.

Neste segundo encontro com a cliente realizou-se uma entrevista gravada antes da cirurgia para registro das representações da mulher candidata à mastectomia sobre o corpo, a saúde, a doença e sua relação com o mundo. Os dados foram obtidos em função dos itens 02 e 03 do roteiro (n 1) para coleta de dados em anexo.

3 Passo - Esta etapa compreendeu o apoio dado no momento da internação.

Nesta etapa foi feito um acompanhamento do primeiro contato hospitalar e buscou-se ajudar a cliente a se familiarizar com as normas e rotinas. Também foram fornecidas informações sobre o Centro Cirúrgico, sobre o uso de drenos e a administração de medicamentos e anestésicos. Além destas informações, que devem ser ministradas rotineiramente ao paciente cirúrgico, também foram levantadas as necessidades particulares de cada cliente para posteriormente serem atendidas.

Neste passo são registradas as observações da enfermeira através do relato.

4 Passo - Envolveu o acompanhamento da cliente imediatamente antes, durante e após o ato cirúrgico.

Como consequência da cirurgia, os cuidados corporais em geral, são maiores, portanto a enfermeira cuida diretamente da cliente administrando medicamentos, verificando e controlando sinais vitais, por exemplo, ou proporcionando conforto à cliente. Ainda neste passo foram ministradas as orientações sobre os cuidados com a cirurgia e o braço do lado operado e os exercícios a serem realizados com este braço.

Neste passo a enfermeira redigiu os relatos da sua observação imediatamente após o acompanhamento da cliente.

5 Passo - Compreendeu uma visita domiciliar planejada para o levantamento das representações das clientes sobre o corpo, a saúde, a doença, a sua relação com os outros no mundo, assim como sobre a sua experiência no hospital após a cirurgia.

Os dados coletados em entrevista gravada referem-se aos itens de número 04 e 05 do roteiro (anexo 01)

6 Passo - Neste passo realizou-se a última visita domiciliar.

Seu objetivo foi o de refletir junto com a cliente sobre as suas representações previamente decodificadas.

CAPÍTULO 5: APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo do trabalho destina-se à análise das falas extraídas das entrevistas gravadas e à descrição da intervenção de enfermagem a cada cliente.

As entrevistas foram realizadas ou no hospital ou no domicílio da cliente, não havendo restrição de tempo. Utilizei a técnica de perguntas e respostas e respeitei não só o direito da cliente de perguntar o que bem lhe aprouvesse, como também de não emitir respostas a algum dos questionamentos se assim o desejasse. Essas entrevistas foram transcritas na íntegra, não sendo realizada correção da forma de linguagem própria de cada cliente.

Os relatos das minhas observações fundamentaram a análise da intervenção de enfermagem e o conteúdo das entrevistas transcritas se constituem na essência da análise das representações. Porém, houve momentos em que ocorreram afirmações das clientes fora da situação da entrevista gravada, as quais foram também utilizadas como observações.

Num primeiro momento busco identificar no material referente às entrevistas transcritas as afirmações concernentes às temáticas que interessavam, ou seja, história da vida da cliente, o corpo, a saúde, a doença e o câncer. Posteriormente, dentro de cada temática, procedi a análise categorial-temática, buscando explicitar as categorias, e conteúdos que emergiram das entrevistas e observações.

Os quadros I, II, III, IV, e V resumem os resultados dessa análise.

Quadro 1

Temática 1: História de vida da cliente

-----	-----
-----	-----
Categorias	Conteúdos
-----	-----
1 - Família	---
2 - Interação Social	---
3 - Fonte de Apoio	3.1 Grupo religioso 3.2 Grupo familiar
4 - Percepção do eu	---
-----	-----

Quadro II

Temática II: Corpo

-----	-----
Categorias	Conteúdos
-----	-----
5 - Mama/Peito/Seio	5.1 Erótica
	5.2 Funcional
	5.3 Estética
6 - Doença no Corpo	---
7 - O que pensa/sente sobre o corpo	---
8 - Sexualidade	8.1 Educação Sexual
	8.2 Relacionamento com o marido
	8.3 Discurso sobre a sexualidade
	8.4 Experiências
	8.5 Feminilidade
9 - Informações sobre o corpo	---
10 - Desconhecimento das funções do corpo	---
-----	-----

Quadro III

Temática III: Saúde

-----	-----
Categorias	Conteúdos
-----	-----
12 - Ações preventivas para a Saúde	12.1 Informações sobre saúde veiculadas pela mídia 12.2 Experiência de vida
13 - O que pensa/sente sobre a saúde	---
14 - O que pensa à respeito dos profissionais de saúde	---
-----	-----

Quadro IV

Temática IV: Doença

-----	-----
Categorias	Conteúdos
-----	-----
15 - História	15.1 Descrição
16 - Causalidade	16.1 Responsabilidade Moral
17 - Enfrentamento	17.1 Apoio
18 - O que pensa/sente sobre a doença	---
19 - Informações sobre doenças veiculadas pela mídia	---
-----	-----

Como planejado e descrito na metodologia, a partir dos temas abordados no instrumento para coleta de dados, foi realizada a primeira etapa da análise chegando-se aos quadros apresentados anteriormente.

Para identificação das falas de cada cliente, foi criado um código que aparece entre parênteses após cada uma das afirmações, como por exemplo: 8/8.1-3:E-1. O primeiro algarismo arábico (8) refere-se à categoria; os algarismos arábicos à seguir (8.1) referem-se aos conteúdos da categoria mencionada, o algarismo arábico seguinte (3) ao número de ordem da frase. A letra E ou R que aparecem a seguir, referem-se a entrevista ou ao relato respectivamente, e o algarismo romano (1) ao número de ordem da entrevista.

Quando aparece o algarismo arábico zero (0) significa que não existe conteúdo referente àquela categoria.

Antes porém de apresentar e analisar as falas da cliente, faço a caracterização da mesma para situar melhor o leitor sobre esta mulher da qual estou falando.

O banco de dados referente às entrevistas e aos relatos de observações não faz parte desta dissertação, porém estarão à disposição para consulta por um período de cinco anos a partir da data da apresentação deste trabalho.

A seguir, consideraremos o discurso de cada cliente, destacando o mais relevante e passaremos à análise de dados e da intervenção de enfermagem concomitantemente. A minha intervenção foi organizada de acordo com o proposto no marco de referência.

Categorização da primeira cliente: A Sra. H.

Temática I: História de vida da cliente

A Sra. H. é a mãe de uma família constituída por ela, seu marido e dez filhos, dos quais quatro são solteiros e ainda permanecem morando com os pais.

Casada há trinta e cinco anos, a cliente tem cinquenta e cinco anos de idade, diz ser descendente de alemães, nascida e criada em Santa Tereza, município de São José. Refere ter o curso primário, nunca ter trabalhado fora e criado sozinha todos os filhos.

Mora junto com a família em um pequeno sítio, no qual ela mesma cria animais como galinhas, porcos, uma vaca e também cultiva a terra para auxiliar no sustendo da família.

Quanto à sua saúde, refere a cliente já ter se submetido a uma histerectomia total, ser hipertensa, fazer uso de diurético (Morduretic - um comprimido ao dia) e de tranquilizante (Diazepam - um comprimido à noite) quando se sente ansiosa.

Refere ainda ter deixado de fazer exame ginecológico periodicamente por ser histerectomizada e que, apesar de realizar a palpação das mamas, não localizou nódulos. Diz que procurou o médico porque observou a presença de secreção na mama direita. Foi encaminhada ao Ambulatório de mastologia da M.C.D. por seu ginecologista, onde foi colhida a secreção da mama direita, material que foi encaminhado ao exame anatomopatológico sendo, no entanto, insuficiente para estabelecer um diagnóstico conclusivo do seu problema. Então, o mastologista indicou uma biópsia do nódulo retirado cirurgicamente e teve como resultado "Carcinoma Intraductal de Mama Direita".

Com este resultado, foi recomendada a retirada cirúrgica da mama e aprazada a cirurgia. A Sra. H. realizou os exames pré-operatórios de rotina e os resultados se encontravam dentro dos padrões da normalidade.

A cliente diz ser católica, frequentar a igreja e participar de um grupo com vizinhos que professam a mesma religião com os quais se reúne semanalmente para orar. A Sra. H. como se observa por sua fala considera-se uma pessoa respeitada e amada, tanto por sua família, como por seus vizinhos e amigos.

"... a minha família é unida..." (1/0-3:E-1)

"...os filhos são bons, um pouco levado, às vezes obedece, às vezes não, mas sempre param em casa"

(1/1.1-2:E-1)

Ela se sente benquista pelos vizinhos e amigos ao dizer:

"... eu tenho certeza que lá eles estão todos orando por mim"(3/3.1-7:E-1).

"...eu fiz amizade com todos porque prá mim toda pessoa é boa..."(2/0-2:E-11)

"Nunca chegou ninguém que me desanimasse. Todos me ajudam. .." (2/0-2:E-111).

Quando de sua hospitalização parece que este modo de relacionamento da cliente se intensificou:

"Nunca na minha vida eu tive mais apoio e mais carinho. Nunca eu estive mais feliz com meu marido e os meus filhos..." (3/3.2-3:E-11),

"...e mudou o meu relacionamento, eu estou mais dengosa, mais amiga deles todos..." (2/0-1:E-11).

A Sra. H. afirmou que, por ocasião da sua doença, o seu marido tratou dos animais e cuidou da horta. No que diz respeito às tarefas domésticas, estas ficam sob a responsabilidade da filha mulher que também é responsável pela roupa. A filha.

"... não trabalha no sábado, então é o dia de faxina dela". (3/3.2-9:E-1)

Acrescenta a Sra. H:

"...sempre fui do lar, nunca trabalhei fora... criei meus filhos tudo no meu braço..." (3/3.2-8:E-1).

Ainda sobre a sua vida, a Sra. H. diz:

"O que eu gosto mais é de ser assim, agradar as pessoas, de fazer o bem, ajudar os outros..." (4/0-11:E-1)

"...adoro meu jeito de ser porque eu agrado todo mundo".

(4/0-5:E-III).

Ao verbalizar o que pensa de si e da sua relação com os outros, a Sra. H. parece ter uma percepção adequada, comprovada durante a interação mantida, mostrando ser capaz de colocar-se a si mesma junto aos outros.

Quando perguntei à Sra. H. se ela se olhava no espelho após a cirurgia, ela me disse:

"...prá falar a verdade me acho uma pessoa feia..."

(4/0-12:E-I)

"...eu nunca fui exibida na frente do espelho. O espelho prá mim não diz nada, eu nunca me acho bonita nem nunca me ignorei".(4/0-13:E-I).

Burns (1979) ao analisar o auto-conceito na teoria psicológica cita Cooley que em 1902 introduziu a teoria do "eu no espelho", argumentando que "o auto-conceito de uma pessoa é significativamente influenciado por aquilo que o indivíduo acredita que os outros pensam dele. O espelho reflete as avaliações imaginadas dos outros sobre a própria pessoa" (p.13) e a Sra. H., em sua linguagem metafórica, expressa como ela pensa que é percebida pelos outros, acrescentando que não gosta de se ver no espelho, talvez justificado por ela perceber-se feia.

Para elevar a auto-estima da Sra. H., refleti com ela sobre o seu relacionamento com familiares, vizinhos, companheiras de enfermaria e funcionários do hospital, enfatizando a amizade e con-

sideração atribuídas à sua pessoa.

A Sra. H. também mostrou-se ansiosa, tanto no período que antecedeu a cirurgia, como no período que sucedeu o ato. Antes, por desconhecer certos fatos, como a necessidade do uso de sonda vesical, do dreno à vácuo na ferida cirúrgica, da permanência na sala de Recuperação pós-anestésica e da quantidade de soro administrado no período pós operatório. Após todas essas explicações, ainda tranquilei a cliente garantindo a minha presença ao seu lado durante a cirurgia. Isto foi o suficiente para iniciarmos uma relação de ajuda calcada na confiança, elemento básico para a interação, que se solidificou nos encontros subsequentes.

A Sra. H. mostrou ser uma pessoa extrovertida, gosta de conversar, fala facilmente da sua vida e da sua relação com os outros. Parece ter um bom conceito de si mesma.

Em relação à assistência de enfermagem, a Sra. H. sempre demonstrou confiança e receptividade.

Temática II: Corpo

Como foi visto anteriormente Jodelet, in Farr & Moscovici (1980), aponta para o fato de que o corpo é ao mesmo tempo um objeto público e privado e que as suas representações estão intrinsecamente ligadas aos reinos psicológico, social e cultural. A mesma autora, analisando os escritos de vários psicossociólogos, refere-se ao corpo de três formas diferentes, ou seja, como: (a) um modelo de pensamento e valor que garante a coerência das atitudes e comportamentos sociais, (b) um instrumento de ancoragem das experiências do grupo, (c) uma forma de exteriorizar a visão da sociedade.

Parece que para a Sra. H. o seu corpo expressa mais um modelo que garante a coerência de suas atitudes tornando-o um instrumento de expressão de padrões e normas sociais.

A Sra. H. em seus relatos sugere que a imagem que ela tem de um corpo feminino necessariamente precisa de seios e útero. Ao considerar o seu corpo atual sem a mama, a cliente diz:

"...eu acho como eu não tenho mais útero e uma mama... e se eu não tivesse mais mama nenhuma eu me achava como uma criança..." (5/5.1-7:E-III)

"...o seio e o útero são a atração da mulher." (5/5.1-15:E-I), e

"...uma mulher sem o seio e o útero não é mulher..." (5/5.1-16:E-I),

Ao considerar o seu corpo após a cirurgia, a Sra. H. parece percebê-lo, após a retirada do útero e da mama, parecido com o corpo de uma criança. A Sra. H. sugere que os seios são o símbolo da feminilidade e parece que qualquer ameaça a estes órgãos equivale à sua perda. Kusnetzoff (1988, p.120) sugere que a mulher pode considerar "o útero como a essência, a residência (simbólica, claro) da feminilidade" e que a perda do útero é equivalente à perda do seio.

Portanto, parece que a representação da Sra. H. sobre corpo de mulher inclui necessariamente o útero e as mamas, além de atribuir às últimas o seu aspecto funcional.

"...pelo meu ver, eu assim já na minha idade, aquilo já não vale mais nada. é uma coisa que já não usa mais porque já está gasto, só dá problema". (5/5.2-8:E-1).

A própria cliente externaliza uma opinião ambígua ao referir-se à mama como uma fonte de atração sexual da mulher e ao mesmo tempo considerá-la (a mama) uma parte inútil do seu corpo porque não está em idade para procriação e não utilizará o órgão para amamentar os filhos.

Contudo, é de se perguntar sobre o que a mama representa para a sua feminilidade, uma vez que ela caracteriza a mama como útil para amamentar.

A cliente, ainda, ao falar da mama no período que antecedeu a cirurgia, diz:

"...se eu tirar o seio fora, por mim eu nem coloco o seio, porque prá que é que eu vou me exhibir? Eu quero ter saúde". (5/5.3-20:E-1),

"Não pretendo fazer nada, vou deixar como está e vou cuidar da saúde." (5/5.3-7:E-11).

Parece que a Sra. H. pensa que o seu corpo poderia servir para mostrar-se aos outros, e por várias vezes a cliente parece confundir o fato das pessoas manifestarem a aparência com exibição. No seu discurso a Sra. H. deixa claro que, para ela, a saúde parece importar mais que a estética corporal. Northouse (1981) ao realizar um estudo com mulheres mastectomizadas verificou que tanto a expectativa de saúde e o tempo de recorrência do câncer tem escores mais baixos para estas clientes se elas podem contar com alguém que se identifica com elas e que possa ouvir suas preocupações sobre a mastectomia.

Quando a cliente falou sobre a sua conduta no período pós-operatório, aproveitei a oportunidade para conversar com ela sobre os cuidados com a área operada, sobre os exercícios a serem realizados com o braço do lado operado (no caso o direito), a fim de prevenir o aparecimento do linfedema e informá-la também sobre os tipos de próteses existentes.

Sobre a questão "doença no corpo", segunda categoria da temática corpo, selecionei cinco falas da cliente.

Ao perguntar à Sra. H. sobre a prática do auto/exame da mama, a cliente respondeu:

"Eu tinha o costume de me palpar todo banho que eu fazia..
." (6/0-21:E-1), e

acrescentou:

"...mas eu mesma não achei... era pequenininho... Eu fui avante por causa da secreção, mas por causa do caroço eu não ia porque eu não achava". (6/0-22:E-1).

Sabe-se que é de grande valia a prática do auto-exame de mama, principalmente para mulheres em idade fértil ou menopausadas, no entanto, esta não é uma prática observada nos nossos serviços de saúde.

É de vital importância para a prevenção do câncer de mama, que as mulheres aprendam, pratiquem e disseminem este conhecimento para as suas descendentes. O auto-exame das mamas, além de ser considerado uma prática facilmente aprendida pelas mulheres, é econômico por não ser necessário aparelhos ou apetrechos e pode ser realizado em casa pela própria cliente.

Contudo, o que observo ao analisar o que diz a Sra. H. é que ela conhecia em parte a técnica do auto-exame da mama, tanto que ela só realizava a palpação, omitindo, por desconhecimento, a expressão do mamilo, técnica que detecta a presença do líquido e que pode ser um dos sinais de neoplasia maligna da mama. Então, neste momento, ensinei a cliente a realizar o auto-exame da mama esquerda, combinando as técnicas de expressão e palpação, salientando que deveria ser realizado numa data fixa do mês, haja visto que a Sra. H. é histerectomizada, não poderia realizá-lo no período pré-menstrual.

Ao falar sobre a doença no corpo, a cliente diz:

"Pelo que o médico fala ia tirar tudo da axila, ia limpar bem prá ver se não atingia o corpo" (6/0-23:E-I).

Parece, que para a Sra. H., a sua doença, particularmente a sua mama e os nódulos axilares, está associado a algo agressivo que será retirado no ato cirúrgico. Sontag (1984) ao estudar a representação que as pessoas têm do câncer, encontrou que se trata de uma doença que acomete partes do corpo cujo reconhecimento é embaraçoso. Acrescenta que os pacientes geralmente sentem vergonha, pois o câncer compromete órgãos ligados à excreção e/ou sexualidade.

"Prá mim tudo é brincadeira, tudo isso é brincadeira, eu não penso em nada." (6/0-9:E-II)

diz a Sra. H. quando descreve como se sente após a cirurgia. Parece que a cliente negava a sua doença, mesmo após ter realizado a cirurgia. Conversei com a Sra. H. sobre as suas preocupações e na segunda visita domiciliar realizada observei que a cliente estava mais tranquila, quando me disse:

"Agora eu gosto do meu corpo e do meu jeito de ser"
(7/0-9:E-III)

Ao conversar com a Sra. H. sobre o que pensa e/ou sente sobre o seu corpo, pude perceber que ela parece considerar doença e

corpo duas unidades distintas:

"...sobre a doença ou sobre o corpo espontâneo?" (7/0-25:E-1),

e conceptualiza o corpo:

"Pelo meu ver eu acho que é tudo humano, mas com pouca diferença, as pessoas são todas iguais," (7/0-26:E-1)

"O corpo é humano. É só prá essa terra porque é carne e osso, mais nada." (7/0-31:E-1).

Para a Sra. H., a unicidade de cada ser humano ainda não parece muito clara e aproveitei para explicar à cliente que cada ser humano não é só diferente, como também único. Talvez por pertencer à religião católica e conhecer os ensinamentos da Bíblia, a Sra.H. reduza metaforicamente o corpo conferindo-lhe uma imagem de... "carne e osso, mais nada".

Quando se refere à histerectomia realizada anteriormente à mastectomia, a cliente diz:

"Da outra vez que eu operei o útero, o médico tirou tudo, me deixou oca" (7/0-1:R-1),

Isto mostra que a Sra. H. acredita que o útero é um dos órgãos que preenchem o corpo.

Quando a Sra. H. afirma que "...o útero e os seios são a atração da mulher" (5/5.1-15:E1), isto me faz crer, que para ela, estas perdas ameaçam a sexualidade da mulher. Ao comentar sobre o seu corpo após a cirurgia, a Sra. H. disse:

"Eu sinto ele normal como sempre, forte como sempre. Eu tenho vontade de comer, não sei se é normal, estou comidreira" (7/0-1:E-11).

Acrescentou, ainda:

"... mas o meu corpo está forte eu podia até trabalhar, sair, eu não sinto nada" (7/0-11:E-11).

Neste momento, tornei a refletir com a cliente sobre as tarefas que ela poderia executar e lembrei que apesar dela sentir-se forte, a cirurgia lhe impunha limitações para cuidar da casa, dos animais e da horta. Aproveitei para checar novamente os conhecimentos da cliente sobre cuidados com o braço esquerdo (do lado operado) e reforçei a necessidade de, neste período, relaxar, descansar e não fazer esforço físico.

A cliente ainda falou sobre o corpo:

"Eu penso que ele vai ficar normal, só que eu penso que depois eu vou estar gorda" (7/0-12:E-11).

Parece que a Sra. H. está preocupada com a sua aparência e pensa que vai engordar porque se alimenta melhor e pela administra-

ção de soro no período pós-operatório. E expliquei que a quantidade de soro administrado foi pequena (aproximadamente quatro litros), e que poderia haver aumento de peso sim, mas pela ingestão de mais alimentos associada à redução da atividade física. Também recomendei à Sra. H. que tentasse ingerir mais verduras (de preferência, as folhosas), legumes e frutas.

A seguir, a Sra. H. acrescentou:

"Eu cuido da minha aparência, assim como sempre. Eu gostava de andar limpa, de usar uma roupa boa, mas luxo comigo nunca existiu, eu nunca fui luxenta. Adoro ver uma mulher nova, bonita, bem arrumada, mas eu não. Minha aparência é uma roupa boa, um calçado bom, limpeza e higiene do corpo". (7/0-13:E-II),

Quando eu perguntei se ela olhava para o seu corpo no espelho depois da cirurgia, ela comentou:

"Ah, tu sabes que eu até ri de mim mesma ? "

(7/0-14:E-II).

Pelo exposto acima, parece que a Sra. H. valoriza a sua imagem corporal apesar de sugerir que "se arrumar" seja próprio de mulheres novas e bonitas. E complementa ratificando o que foi dito acima.

"...mas sabe o que mais me custa ? Porque dizem que se avançou no corpo tem que fazer o soro, que a gente toma e

perde o cabelo." (7/0-15:E-II).

Reconhecidamente, a mulher mastectomizada após se defrontar com a cirurgia, ela provavelmente vai se submeter a um tratamento radioterápico e/ou quimioterápico, os quais têm grandes probabilidades de efeitos colaterais.

Sobre o seu corpo, a Sra.H. pensa que:

"...meu dizer é esse que não precisa do útero, não precisa mais da mama, aí o corpo fica limpo porque aquilo (útero e mama) é uma coisa que não tem mais utilidade no corpo, a gente não usa mais e não faz falta com essa idade"
(7/0-11:E-III).

Novamente a cliente associa o câncer a algo impuro dizendo que sem a mama e o útero o seu corpo fica limpo. Aqui, ela parece negar as outras funções que possam existir destes órgãos de reprodução da espécie.

Outra categoria da temática corpo que emergiu do discurso da Sra. H. foi a sexualidade. A cliente fez menção à sua sexualidade em todos os encontros que tivemos, sugerindo o que afirmam vários autores ao considerarem que a cirurgia desperta ou dá início a problemas relacionados à sexualidade da mulher mastectomizada.

Um dos conteúdos emergentes desta categoria foi a educação sexual dos seus filhos, quando a Sra. H. disse:

"A mãe deve ensinar, mas tem que dizer o que pode fazer e o que não fazer. Dizer como fazer e como deve ser feito, como a menina tem que se cuidar" (8/8.1-14:E-III),

responsabilizando a mãe sobre a educação sexual da menina. Ao falar sobre as suas próprias experiências sobre sexo, a Sra. H. contou-me:

"...quando eu me casei eu não sabia de nada, a gente fazia assim: "De dia em casa e se cuida". Era o aviso só, mas não explicava" (8/8.4-36:E-1),

"Quando eu casei, no início como foi, expliquei prá elas, que eu casei grávida por tolice, por não saber, por assim dizer uma ingenuidade" (8/8.4-37:E-1).

A Sra. H. parece que ao educar os seus filhos, lança mão da educação que recebeu, porém, de forma diferente da sua mãe, a cliente mantém um diálogo aberto e o que sabe, explica para eles:

"...desde os dez anos, já comecei a explicar a vida: "Olha a vida é assim, assim e assim. E vocês não vão pela vontade do corpo, vocês pega a mente e a cabeça". (8/8.1-34:E-1),

Ao se referir às filhas, acrescentou:

"Então como aconteceu comigo, das as minhas filhas foram educadas todas de fé. A minha filha mais velha com doze,

"Então como aconteceu comigo, daí as minhas filhas foram educadas todas de fé. A minha filha mais velha com doze, treze anos, já era ladina, ela já sabia de tudo como deveria saber sobre sexo, sobre homem" (8/8.1-12:E-III),

"Quando ela começou a namorar eu já expliquei prá ela:

"Minha filha homem é assim. Mexendo com ele ou ele mexendo, acontece assim, assim. Fui ensinando, explicando tudo" (8/8.1-13:E-III)

Parece que a Sra. H. se sente culpada e/ou não acha correto ter engravidado antes de casar, transmitindo aos seus filhos, principalmente às mulheres, sentimentos de culpa, de medo e de necessidade da repressão em relação à sexualidade. Ao falar de sua filha solteira a Sra. H. diz:

"E sobre sexo tem uma filha de 24 anos, boto a minha mão no fogo por ela ainda. Digo prá ela: "Minha filha não se suja porque homem falso pode estar sujo." (8/1.1-32:E-I)

Ao referir-se aos filhos do sexo masculino, a cliente acrescenta:

"E assim eu aviso pro meus filhos homens: "Não se mete com mulher de rua, que a vida hoje não é mais prá muita higiene não." (8/8.1-33:E-I),

"Os filhos homens com namorada eu dizia assim: "Trás as gurias em casa quando tem sentido de casamento e não mexe nelas sem saber que vai casar" (8.8.1-35:EI).

Tanto ao referir-se à filha solteira como aos filhos homens, a Sra. H. confere à sexualidade uma conotação de sujeira e associa o sexo ao casamento.

Quando se referiu ao relacionamento sexual com o seu marido, a Sra. H. disse:

"E que há anos e anos eu nunca mais tinha nenhuma ação, mas a gente tem homem em casa e a Sra. sabe não é?... A mulher não deve negar o marido, a mulher que nega é pecado, muitas vezes joga o marido prá fora de casa, muitas vezes nem que a pessoa não queira, tem que aceitar." (8/8.2-17:E-II),

"Então, eu digo que isso é teimosia, porque a mulher tem que ceder, com vontade ou sem vontade, a mulher tem que satisfazer ao marido" (8/8.2-15:E-III).

Apesar disso, a Sra. H. afirma:

"...eu gostava dele, eu aceitava, sim eu achava bom quando eu era nova, fazia com gosto, não negava" (8/8.2-20:E-III),

"...se eu mantenho uma relação com meu marido e se ele pergunta se eu ainda gosto, eu digo que gosto, que foi bom, mas no fundo não tinha nada disso e daí eu acho que ele se realiza melhor" (8/8.2-18:E-III),

"é porque o marido se sente feliz quando a mulher se sente feliz também." (8/8.2-16:E-III),

"...ele sabe em termos de sexo que eu sou fria, mas eu não me faço de fria prá ele, prá agradar."
(8/8.2-17:E-III).

Parece que para a Sra. H. o mais importante no relacionamento com seu marido são os sentimentos de amizade e companheirismo, dizendo, ao referir-se à falta de orgasmos:

"Não, eu não sentia nada diferente (orgasmo) que eu notasse. Então uma vez eu falei para os médicos, e eles me disseram que 20% das mulheres falam isso" (8/8.3-23:E-III).

Quando a cliente fez esta observação disse-lhe que eu não sabia precisar a percentagem, mas um bom número de mulheres não atingem o orgasmo numa relação sexual e lhe expliquei que, às vezes, a mudança da posição na relação pode alterar as sensações, e antes que eu pudesse completar, sugerindo outras alternativas, a Sra. H. disse:

"...homem não faz falta nenhuma. Mas não faz mal, meu marido vive comigo e sabe, mas ele está bem feliz, bem contente, porque está indo tudo bem, isso ajuda muito" (8/8.2-16:E-II),

e acrescentou:

"...não tem mais jeito prá começar porque já foi feito de tudo, a gente já tentou de tudo. Porque quando no casal um tem problema, o casal tenta tudo" (8/8.2-19:E-III).

Ao referir-se a este tipo de problema, Kusnetzoff (1988, p.46) atribue a ausência de orgasmos a "preconceitos e tabus religiosos e sociais, erros e mentiras difundidas facilmente num mundo dominado pelos homens," considerando o prazer no relacionamento homem-mulher, um "direito inalienável" dos dois.

Apesar da sexualidade não ser a questão central da minha proposta de trabalho, observei que, tanto a Sra. H. como a Sra. A, abordaram este assunto como sendo um problema para elas, já existente na sua vida e/ou despertada pela situação de crise ocasionada por causa da cirurgia. Como o método de assistência deste trabalho se propõe a discutir e atender as necessidades tanto universais como particulares de mulheres mastectomizadas, pude identificar como uma necessidade da Sra. H. esclarecer-se sobre suas dúvidas em relação à sexualidade.

Então, indaguei da Sra. H. se gostaria de ler sobre o assunto, ao que ela me respondeu afirmativamente. A partir daí, li um livro sobre a sexualidade do casal que abordava em uma linguagem simples

os problemas da vida conjugal (Sexo-Bloqueios e Desbloqueios - Frei O. Zanini - 1989), além de uma reportagem sobre o orgasmo feminino (Revista Cláudia - março 91). Também aproveitei a oportunidade para, após esta discussão, dizer à cliente que se ela quisesse aprofundar a questão da sexualidade deveria procurar um psicólogo. Contudo, a Sra. H. sugeriu em seu discurso que a frigidez seja um problema hereditário, porque tem sido frequente em várias mulheres de sua família. Ela acrescentou:

"Agora a minha filha é assim mesmo do meu tipo. Ela gosta do marido, ela aceita ele... ela não rejeita o marido, só diz que não sente aquele prazer como as outras mulheres falam prá ela... e a minha filha é nova, eu já tenho explicado prá ela e ela já fez até tratamento" (8/8.3-29: E-III),

"Eu acho que às vezes, isso (não ter orgasmo) é de família, porque eu tenho uma irmã que também conta a mesma coisa" (8/8.3-28:E-III).

Expliquei, então, à cliente que este problema poderia ser atribuído à educação semelhante recebida pela maioria das mulheres da sua família.

Ao referir-se sobre as informações sobre o corpo veiculadas pela mídia, a Sra. H. diz:

"...eu vejo pela televisão e eu acho que está avançado demais, o nudismo, o sexo, assim pelo meu ver" (9/0-40:E-I),

"Até que eu dou pouca atenção prá essas coisas, mas eu acho que eles valorizam pouco o corpo das pessoas... em certas ocasiões sobre nudismo, censura, eu acho que as pessoas estão expostas demais" (9/0-38:E-III)

E completa:

"...eles mostram muita coisa feia, eles mostram as pessoas como não é, eles não mostram a realidade porque a gente vê muita coisa assim... principalmente na televisão, já nem gosto de olhar porque isso não é cena de televisão. Eu acho que as pessoas expõe o corpo assim fora do normal" (9/0-39:E-III).

Parece que a cliente associa a exposição do corpo à falta de moralidade, responsabilizando a mídia pela desvalorização do corpo da mulher. Ao realizar um estudo sobre a representação da mulher pela imprensa brasileira, Buitoni (1981), conclui que existe não só uma exploração sutil do erotismo do corpo feminino, como também uma indução velada ao consumismo veiculados pela mídia.

Temática III: Saúde

Outro tema interessante e estreitamente ligado à questão abordada é o relativo à saúde, embora aqui analisada em sua generalidade. Ao referir-se sobre o que pensa/sente à respeito da saúde, a Sra. H. diz:

"Saúde é tudo, é tudo na vida, o dinheiro não é nada, a saúde é tudo" (12/0-52:E-1),

"Esse tudo que eu quero dizer é assim, é um dom que Deus dá a pessoa, que é a saúde que a pessoa vive ativa, a pessoa vive feliz, vive alegre" (12/0-53:E-I).

Parece que a Sra. H. confere uma conotação mística à saúde quando se refere a ela como um "dom que Deus dá a pessoa" além de, ao mesmo tempo, se eximir da sua responsabilidade de cuidar-se. A cliente ainda continua falando sobre a saúde:

"Porque o que me adianta ter o bolso cheio de dinheiro e não ter alegria, não ter saúde, ter sofrimento, aquilo não vale nada" (12/0-54:E-I),

e diz ainda:

"E tudo, a maior riqueza da pessoa é a saúde. Dinheiro a gente precisa prá viver... A saúde é união, é paz, isso prá mim é tudo na vida" (12/0-23:E-II).

Novamente a Sra. H. utiliza metáforas como a paz, união, e alegria para explicar o que é saúde. Segundo Herzlich (1986) estas representações transcendem a explicação biológica, apesar de estarem relacionadas com a última, e vincularem o indivíduo à sua realidade social e histórica.

A Sra. H. ainda utiliza metáforas para aproximar a saúde dizendo:

"A saúde entra na boca, é a alimentação" (12-43:EI11)

"...a verdura é a saúde, é o remédio" (12-44:EI11).

Ao referir-se aos profissionais de saúde, a cliente diz:

"Então, o Dr. X. disse prá mim que eu ia fazer uma cirurgia, que talvez ia tirar o seio, mas o seio não tava maligno ainda, mas se deixar com a raizinha, pode amanhã ou depois ficar maligno, vamos tirar, prá não passar para o corpo. Af, eu disse prá meu filho:

"Porque o Dr. X. é tão bobo que me diz que só vai tirar meu seio se tiver maligno? " (13/0-32:E-II)

Pelo que disse a Sra. H., ela parece saber que tem câncer, embora considera o médico bobo por não lhe contar a verdade.

Menninger (in Sontag 1984) sugere que muitos profissionais não revelam a verdadeira doença para os clientes porque a mera utilização da palavra "câncer" parece ser o suficiente para agravar mais rapidamente as condições de saúde dos enfermos.

Entretanto, a Sra. H. conhecia o seu diagnóstico e a minha intervenção sempre foi pautada pela prudência de verificar antes o conhecimento e/ou desconhecimento da cliente sobre seu diagnóstico, com o objetivo de desmistificar as lendas e crenças à respeito do câncer, do seu tratamento, das expectativas e qualidade de vida da mulher após a mastectomia, pois acredito que esta seja uma solução para retificar a concepção desta doença.

Temática IV: Doença

Ao falar sobre as suas experiências com doença antes da mastectomia, a Sra. H. diz ter sido operada anteriormente;

"...fez quatro anos em junho que eu operei o mioma"
(14/0-57:E-1)

"Porque, quando eu operei o útero, eu me lembro que eu tive uma crise de nervos, que eu pensava que tinha um câncer no útero, eu chorava..." (14/0-50:E-III).

Ao perguntar à Sra. H. ao que atribuía a causa das doenças, ela respondeu:

"...muitas vêm da alimentação, da higiene ou de um serviço rústico que, às vezes, a gente procura, uma friagem, como eu trabalhei muito numa quentura de forno e fogão, hoje eu condeno muito isso. Outros, que trabalham muito em molhadura, chuva, friagem, chuva e sol quente..." (15/15.3-52:E-III).

A representação quente/frio está presente culturalmente e o que a Sra. H. expressa parece uma reprodução dessa condição. Ao referir-se sobre o que fazer quando está doente, a cliente disse:

"...se eu me sinto doente hoje, eu não espero até depois para procurar o médico não, quanto antes melhor"
(16/16.1-61:E-1)

"Quando a gente vê uma pessoa doente vamos dar assistência prá ele, vamos ajudar, porque é uma coisa que a pessoa não quer..." (16.16.2-63:E1).

Ao dizer o que pensa/sente sobre a doença, a Sra. H. diz:

"Ah, doença prá mim é um pesadelo" (17/0-64:E-1),

"...porque é uma coisa que a pessoa não quer, mas vem assim mesmo por Deus" (17/0-67:E-1)

"...a doença é uma coisa da natureza" (17/0-68:E-1).

A Sra. H. parece aceitar a doença, apesar de sentir-se preocupada, comparando a doença a um "pesadelo", como se assemelhasse a alguma coisa irreal, que ao mesmo tempo se aproxima de algo místico.

E a cliente acrescenta sobre a doença:

"Eu não vou dizer que doença é tristeza, doença é um dom que às vezes vem prá gente, prá ver se a gente aceita" (17/0-34:E-II),

e acrescenta em tom resignado:

"...mas tem muitas que é um dom, que a pessoa nasceu com essa sina. Tem que sofrer isso aí" (17/0-35:E-II).

Esta forma da Sra. H. abordar a doença, nos leva a dois modos de pensar: primeiro que a doença é algo divino e parece que a pessoa é fadada a ser acometida por um mal e, segundo, que por ser um dom de Deus, deve ser encarado como um presente, uma distinção, que torna a pessoa doente diferente dos demais.

Ao referir-se sobre as informações veiculadas pela mídia à respeito da doença, a Sra. H. associa a AIDS à sexualidade:

"Eu escuto pela televisão que muitas doenças como a AIDS vem pelo sexo..." (18/0-69:E-1).

Temática V: Câncer

Ao referir-se à história do câncer, a cliente diz:

"Mas em vez de meu seio fisgar, porque fisgava e queimava quando eu tirei os caroçinhos prá exame ele parou, ficou normal. E no início eu só queria tirar porque me formigava o seio, mas era do corte da operação" (20/0-36:E-11)

e acrescenta:

"Aí eu fiquei mais aliviada do que antes de saber. Antes eu estava naquela ansiedade de saber do exame e estava mais nervosa" (20/0-37:E-11)

Ao verbalizar o que sentiu antes de se certificar do seu diagnóstico, a Sra. H. sugere em seu discurso que a incerteza que ela

vivenciou, parece ter gerado um alto nível de ansiedade.

Quanto à causalidade do câncer, a Sra. H. parece atribuir vários aspectos e diz:

"...eu só sei dizer que é um vírus que dizem que toda pessoa tem. Em uns se manifesta, outros não. Então eu não sei explicar como vem e como é que é." (21/0-74: E-I),

"As vezes eu penso assim que foi por causa da queimadura do fogo que eu sentia porque a mama é a primeira que recebe" (21/0-56:E-III),

E acrescenta:

"...daí eu penso que é a natureza e Deus fez assim, a gente tem que aceitar o que ele manda." (21/0-57: E-III).

A cliente parece atribuir várias causas ao câncer, como o calor, um vírus que todas as pessoas têm e que só para alguns faz mal, mas que deve ser aceito, e novamente atribui a uma predestinação divina, numa atitude conformista.

A Sra. H. reflete como se sente ao saber que tem câncer e como o tem enfrentado:

"As vezes quando me dá na cabeça, eu fico um pouco nervosa porque me lembro que eu vou sofrer com essa doença, não é medo de morrer, é medo do que a gente vai passar." (23/0-77:E-1),

"Então, eu vejo do meu lado tem muita gente que já está curado, que estão bons, estão vivendo feliz, e tem outros que vão a frente sofrem até que vão." (23/0-78: E-1),

Esta atitude de aceitação do câncer segundo Sontag (1984) pode estar relacionado a associação desta doença à morte.

A cliente ainda diz quando se refere ao seu enfrentamento do câncer e à reação dos filhos:

"Não gostaram, porque eu disse a verdade. Hoje eles falam sobre isso, que eu tenho a coragem e eles não queriam aceitar." (23/0-59:E-III)

"...eu sou uma pessoa muito ligada a Deus, ele me dá muita força...dizem que"quem está com Deus, está com tudo..."

"Dessa vez eu tive mais coragem, mais animação do que da outra cirurgia, apesar da primeira não ser nada grave..."

(23/0-38:E-1).

Parece que a Sra. H. reage e enfrenta melhor a doença do que os seus filhos. Segundo Sontag (1984) um dos fatores mais importantes para vencer o câncer é vencer primeiro a doença dentro do próprio corpo. Apesar de ter se submetido à mastectomia e perdido um órgão que conferia ao seu corpo feminilidade, a Sra. H. parece acreditar que a sua recuperação foi boa e se sentiu mais forte. Neste momento, reforcei os comportamentos de aceitação da doença, de ter coragem para assumi-la e realizar o tratamento necessário. Também ressaltei para a cliente como é importante o apoio e a compreensão do seu marido, dos seus filhos, familiares e amigos.

Quanto ao seu prognóstico, a cliente diz ao se referir às informações sobre o câncer, veiculadas pela mídia:

"Eu escuto muito na televisão, o câncer tem cura, "a cura do câncer está nas suas mãos, diz a 'propaganda" (26/0-48: E-11).

Ao perguntar a Sra. H. como ela se sente e o que ela pensa à respeito do câncer, a cliente utiliza expressões e sentimentos negativos para defini-lo, dizendo:

"Significa um preocupação" (25/0-88:E-1),

"...daqui prá frente a gente pode viver de saúde, mas sempre tem aquela preocupação, porque sabe que tem isso no corpo, está manifestado e hoje eu posso estar bem, mas amanhã pode se manifestar de novo. Mas a gente tem que aceitar" (25/0-89:E-1).

Parece que ao mesmo tempo que a Sra. H. vive na doença uma situação-problema, ela se obriga a aceitá-la, o que permite dois tipos de reflexão: primeiro parece corroborar a idéia de Sontag (1984) quando sugere que uma das imagens que se tem do câncer é de algo vivo, com vontade própria, como um ser que conspira para o mal do paciente canceroso e que embora possa estar latente, ele poderá se manifestar a qualquer momento, e segundo, parece que o câncer tem uma imagem primitiva, castigo este que deve ser aceito pela pessoa como uma forma de purgar as suas faltas.

Durante uma conversa, a Sra. H. externalizou os seus sentimentos à respeito da sua internação e utilizando metáforas para descrever a situação de estar com câncer, ela diz:

"...ali eu não me sentia bem, porque eu me achava no mesmo barco daquele outro lado ali, onde tinha gente mais doente... (a cliente se refere às outras clientes da clínica oncológica)" (25/0-45:E-II),

"eu rezando, pedi a Deus por elas e disse: "Meu Deus, eu estou neste barco"" (25/0-46:E-II)

"Credo, isso é a realidade, essa doença está no mundo, tem muita gente igual a mim." (25/0-60:E-III).

Desta forma parece que o fato de compartilhar a doença com outras pessoas aproximou a Sra. H. das outras pacientes da clínica, a ponto dela colocar-se na mesma posição das outras, apondo à representação do câncer, a categoria associativa, da figura de um barco.

Ao referir-se a sua mama portadora de um nódulo maligno ela diz:

"O meu (seio) tá podre, o teu tá sã" (25/0-91:E-I)

"...eu disse que tinha um caroço no seio, mas eu fui bem declarada, eu disse que eu tenho essa doença no seio" (25/0-62:E-III).

Novamente a Sra. H. objetifica e ancora a sua representação de câncer na imagem de alguma coisa "podre" e que o médico para tratar esta doença precisa retirar o seio para "limpar o corpo".

Neste momento, expliquei para a Sra. H. o que é o câncer, qual o objetivo da mastectomia e porque se faz o esvaziamento ganglionar da axila.

Após assistir a Sra. H., desde o período que antecedeu a cirurgia até um pouco mais de dois meses depois do primeiro encontro e acompanhá-la antes, durante e após a cirurgia, tive com a cliente onze encontros e em três deles foram realizadas entrevistas gravadas, ocorrendo a primeira no hospital e as duas subsequentes no domicílio da cliente.

Na última entrevista com a Sra. H. fiz uma avaliação da assistência prestada por mim à cliente, apesar de que, durante todas as entrevistas, ela disse o que pensava a respeito dos profissionais de saúde. Ao se referir aos funcionários da enfermagem a Sra. H. disse:

"...quando falavam com a gente eram delicadas" (13/0-24:E-II),

"...por parte da enfermagem eu senti bem apoiada" (13/0-25:E-II).

E, ao avaliar a minha assistência, a cliente disse:

"Eu acho que me ajudou muito, principalmente naquele sábado de noite, quando telefonaste prá mim, aquilo parece que acendeu uma luz" (13/0-27:E-II).

Ainda quando a Sra. H. estava hospitalizada, ela me contou que a sua família concordou com meu acompanhamento e disse:

"...isso foi a melhor coisa que aconteceu prá mim. E parece que depois daquele dia, tudo que eu sentia, eu tinha que puxar você prá junto de mim." (13/0-46-E111)

Também referiu a Sra. H. que uma das suas filhas se queixou de que a cliente e eu estávamos mantendo um relacionamento muito estreito. Segundo a Sra. H., a sua filha provavelmente estava sentindo ciúme da atenção que ela (a cliente) me dispensava e vice-versa. Disse a Sra. H. que a sua filha chegou até a queixar-se do nosso contato telefônico.

A cliente ainda falou sobre a minha assistência, dizendo:

"...não é isso filha, é que ela (ao se referir a minha pessoa) conhece as coisas, ela explica, ela me orienta. Eu sei que depois ela vai embora cuidar dos outros pacientes e eu vou ficar com minha família." (13/0-47:E-111).

Ao explicar a Sra. H. uma escala com cinco números, onde o número um equivalia ao adjetivo muito ineficiente, o dois a ineficiente, o três a regular, o quatro a eficiente e o cinco a muito eficiente, pedi a cliente que atribuisse um valor a assistência prestada por mim, e ela respondeu:

"Se fosse avaliar, eu dizia que foi o cinco, e se tivesse maior número ou mais ainda porque me ajudou muito, eu não pago porque não tenho condições" (13/0-48:E-III)

"Me ajudou muito, me serviu muito, me consolou muito, E ainda com essas conversas que nós tivemos, eu ainda vou me sentir de hoje em diante muito bem. Porque eu estava um pouco desanimada por causa da cirurgia, agora eu estou mais tranquila por tudo que você disse a mim sobre a minha recuperação..." (13/0-49:E-III).

Caracterização da segunda cliente: A Sra. A

Temática I: História da vida da cliente.

A Sra. A. nasceu na região serrana do estado, onde viveu a infância, adolescência e parte da sua vida adulta. Está casada com o Sr. V. há quarenta anos com quem mora numa casa no município de Páchoa. Diz a cliente ter o curso primário, sempre ter trabalhado no lar e ter criado sozinha os quatro filhos. Refere gostar de cuidar da casa, das plantas do jardim e da pequena horta que ela própria cultivava no quintal. A Sra. A. tem sessenta e três anos, quatro filhos, todos adultos, três casados e o outro é desquitado; fato este que a cliente repetiu por várias vezes durante as interações.

Ao falar do seu marido a Sra. A. diz:

"...meu marido é bom e com os filhos também é bom. São todos bons prá mim, gosto deles, gosto das minhas noras, dos meus netos, só tem um filho separado, não deu certo o casamento" (1/0-1:E-1).

E ao perguntar à cliente se alguém a ajudava nas tarefas domésticas, ela respondeu:

"...eu, com meu marido, assim no que ele pode ajudar, ele me ajuda" (1/0-2:E-1),

E acrescentou ao falar das decisões que são tomadas no lar:

"Nós tomamos juntos, ele quer fazer um negócio, ele pergunta prá mim, aí eu dou minha opinião, se é bom ou se eu acho que ele pode fazer, eu dou minha opinião" (1/0-3:E-1).

Ao referir-se a outras pessoas, a Sra. A diz:

"...me dou bem com todos, os vizinhos gostam muito de mim. Quando vou fazer consulta médica ou cirurgia eles fazem orações, me ajudam..." (2/0-4:E-1),

E completa, ao falar da atenção que recebeu dos outros no período pós-operatório:

"...eu tive bastante visitas no hospital e até agora, em casa." (2/0-2:E-III)

Parece que a Sra. A. se percebe como uma pessoa que mantém bons relacionamentos com os outros, além de apoio da família. Quanto à saúde, a Sra. A. refere já ter tido experiência com outros internamentos, os quais ela preferiu não relatar porque não se lembrava muito bem deles. Quanto à história do seu problema atual, conta a cliente que há mais ou menos dez meses antes do nosso primeiro encontro (Jan/90), ao realizar o exame ginecológico preventivo, a sua ginecologista identificou a presença de um nódulo mamário direito e tentou, sem sucesso, convencer a cliente a procurar um mastologista. Dois meses depois deste fato, a Sra. A. diz ter começado a perceber

a presença do nódulo, e que este aumentou de tamanho, levando-a a decidir voltar a ginecologista, que confirmou as suas percepções e encaminhou-a ao especialista. Este colheu material através de punção, no qual foi constatado a presença de células neoplásicas, e o resultado foi "Carcinoma mamário positivo".

Mais ou menos cinco meses depois de ter iniciado o tratamento no ambulatório de mastologia da M.C.D. a Sra. A. foi internada para submeter-se à cirurgia, suspensa por duas vezes. Na primeira delas, porque a cliente não fez o jejum pré-operatório e, na segunda vez, a suspensão da cirurgia deveu-se a um quadro hipertensivo. A Sra. A. foi, então, encaminhada ao cardiologista, que realizou vários exames específicos e constatou que a causa dos distúrbios apresentados pela cliente, era atribuída a uma lesão da válvula mitral, como seqüela de febre reumática, sendo prescrito digitálico e quini-dina diários.

Apesar de ter sido vista por vários profissionais de saúde, a Sra. A. desconhecia o seu problema cardíaco. Isto aconteceu na primeira visita domiciliar e fiz uma retrospectiva dos episódios de amigdalite e das dores do corpo, causadas pela febre reumática e expliquei o que aconteceu com o coração após várias infecções de garganta. Aqui vale ressaltar que o meu primeiro encontro com a Sra. A. aconteceu após a sua ida ao cardiologista, quando a cliente voltava ao ambulatório de mastologia para aprazar, pela terceira vez, a mastectomia. Nessa ocasião foi explicado à cliente e ao seu marido a minha proposta de intervenção de enfermagem, garantindo o sigilo e a privacidade das informações fornecidas.

Ainda no primeiro encontro, a Sra. A. me confidenciou suas dúvidas sobre a opção entre o tratamento cirúrgico tradicional - a

mastectomia - e o tratamento espiritual e me disse:

"Tem pessoas me dizendo prá fazer a cirurgia espiritual, mas eu não sei sabe, eu fico em dúvida. Aqui já está tudo marcado..." (27/0-2:R-1).

Expliquei à cliente que o tratamento espiritual seria uma opção única e exclusivamente dela, perguntei se ela já havia realizado este tipo de tratamento, ao que obtive como resposta que conhecidos, uma filha e a própria Sra. A. já haviam se submetido a este tipo de tratamento. Contudo, a cliente confiou-me que alguns vizinhos e a filha se consideravam curadas, mas que ela própria não havia ficado boa dos problemas cardíacos. Acrescentei para a Sra. A que, se caso a sua opção fosse pelo tratamento espiritual, a sua cura deveria ser comprovado através de uma nova biópsia do líquido retirado do nódulo mamário, após ela sentir que estava curada.

Até a realização desta primeira visita, o método de assistência de enfermagem transcorreu conforme o proposto, neste modelo, porém, após o primeiro encontro no domicílio da cliente, esta me telefonou para comunicar que havia mudado de idéia e que não iria realizar a cirurgia, mas sim um "tratamento espiritual" e me disse:

"...eu resolvi não fazer a cirurgia sabe, pelo menos até o fim do ano, eu não vou fazer... Muito obrigado por tudo, a Sra. foi muito boa prá mim, mas eu não faço a operação não" (27/0-2:R-III).

Despedi-me da Sra. A., porém impressionou-me a sua voz resoluta ao telefone e decidi, já naquele momento, realizar, alguns dias depois, uma visita domiciliar à cliente, o que ocorreu em duas semanas. Neste encontro, a Sra. A. me falou da sua decisão de realizar o tratamento espiritual, justificando:

"Não fui bem eu que decidi, foi os filhos, o marido, os vizinhos que me levaram" (1/0-1:R-IV),

"E os meus filhos têm medo de perder a mãe, eu por mim não tenho medo de morrer, mas eles não querem que eu faça a cirurgia agora, preferem que eu tente fazer o tratamento espiritual" (1/0-2:R-IV)

Ainda nesta visita, a Sra. A. me confidenciou:

"...a Sra. sabe que eu fui ao médico espírita, né? Mas eu não quero que o pessoal do hospital venha a saber, porque se não der certo, sabe, eu vou fazer a cirurgia lá?" E quando estava no hospital, eu vi o pessoal rindo e dizendo que outra paciente tinha feito uma cirurgia espiritual" (13/0-3:R-IV),

"Não foi o médico não, ele estava sentado junto, mas não falou nada, foi o outro pessoal, as enfermeiras e os outros...é por isso que eu não disse que ia fazer a cirurgia espiritual, entende? Se eu precisar voltar lá prá fazer a operação, ninguém sabendo, não vai ter problema" (13/0-4:R-IV).

Ratifiquei à cliente o sigilo das informações, protegendo a sua privacidade e garantindo que, através da minha pessoa, estes dados não seriam repassados aos profissionais de saúde do hospital. A Sra. A. ainda enumerou vários casos de cura através do tratamento espiritual, então, perguntei se poderia acompanhá-la neste tratamento, haja visto que, a metodologia deste trabalho não especifica o tipo de tratamento. A cliente aceitou e marcamos outro encontro para uma semana depois quando voltei e não encontrei a Sra. A.. Tentei localizá-la posteriormente através do filho, mas sem conseguir estabelecer o contato. Passaram-se quatro semanas e eu voltei na tentativa de encontrar a cliente em casa para continuar a nossa intervenção. Somente na terceira vez que voltei à residência da Sra. A. é que a encontrei em casa. Desta feita, também observei que a cliente relutou um pouco em me deixar entrar, porém expliquei que precisava dar um rumo ou encerrar a minha intervenção com ela. A Sra. A. aceitou e neste encontro levantei os dados relativos ao tratamento espiritual e a cliente confidenciou-me:

"...af eu fiz todo o tratamento que eles mandaram, passava pomada, tomava remédio, só não voltei lá, que era prá voltar e eu não voltei, eu achei assim que não deu resultado e eu parei por af." (27/0-13:E-II)

Quanto ao meu acompanhamento, a Sra. A. alegou que o seu marido não queria que eu continuasse assistindo-a e disse-me:

"Por mim eu continuava, mas a Sra. sabe como é homem, né, o meu marido é que não quer, ele diz que é incômodo prá

Sra., sabe, muito incômodo prá Sra. vir aqui" (1/0-1:R-V).

Repito à cliente que não é incômodo porque este é o meu trabalho, porém, respeito a decisão do seu marido. Utilizei o roteiro elaborado a partir do que foi discutido nos encontros anteriores, tendo por base três itens:

- a cirurgia espiritual realizada pela cliente;
- as suas representações levantadas à partir dos encontros anteriores; e
- a intervenção propriamente dita, com o objetivo de estimular o retorno da cliente ao cardiologista, para que não fosse interrompido o tratamento da patologia cardíaca, e ainda indagar sobre a evolução da neoplasia maligna. Após levantar estes dados, na intervenção de enfermagem, percebi que a Sra. A. estava descrente do tratamento espiritual, quando ela me disse:

"...mas depois não deu resultado, parece que está aumentando (o tumor) parece que aquilo tem vida, fica duro assim..." (25/0-8:E-II),

Disse-me ainda a Sra. A. que pretendia voltar ao hospital e retomar o tratamento médico. Depois de terminar a minha conversa com a cliente, finalizei dizendo que apesar dela não permitir mais o meu acompanhamento, gostaria de dar-lhe o número do meu telefone e me pus a sua disposição para o que ela precisasse, em relação ao hospital e ao tratamento da sua neoplasia e me comprometi em lhe dar o número do telefone do mastologista para que a cliente pudesse retomar o tratamento. Então, a Sra. A. pediu para que eu falasse com o

seu marido ao que eu aquiesci. O Sr. V. me recebeu friamente e, após os cumprimentos iniciais, a Sra. A. dirigiu-se ao seu marido e disse:

"Ela (e aponta para mim) está falando que eu preciso operar e eu quero que você me ajude, eu quero operar porque o meu caroço está maior..." (3/3.2-3:R-IV),

O Sr. V. respondeu com exasperação, dizendo que a decisão seria dela, ao que a cliente retrucou:

"Mas eu quero operar, eu quero que vocês (o marido e os filhos) me ajudem..." (1/0-2:R-V).

Percebi que o diálogo poderia tornar-se insustentável, que os ânimos da Sra. A. e do Sr. V. (seu marido) estavam exaltados e intervi em favor da cliente, porém, sem exasperar ainda mais o Sr. V. procurando fazer com que, tanto o marido como a esposa, entendessem a razão um do outro. O Sr. V. abandonou o seu comportamento agressivo, participando mais ativamente, da conversa e concordando que a Sra. A. retomasse o tratamento médico para submeter-se à mastectomia e estabelecesse um novo contato com o mastologista.

Temática II: Corpo

Ao conversar com a cliente sobre o seu corpo e o corpo de outras pessoas, ela me disse:

"...eu queria, mas eu sou assim, muito...envergonhada."
(4/0-5:E-1),

Demonstrou, durante todas as vezes que abordamos o corpo, não se sentir à vontade para fazê-lo. Quando foi inquirida sobre o que pensava ou associava ao seio, a Sra. A. respondeu:

"Tem gente que tem orgulho porque tem o seio bonito, outras não ligam." (5/5.2-2:E-11),

Abordando o aspecto funcional, a Sra. A. falou sobre a mama:

"Prá amamentar o filho..." (5/5.3-3:E-11),

"Prá quem tem filho pequeno, prá amamentar a criança é bom a pessoa que pode amamentar uma criança, como eu não pude, não amamentei meus filhos..." (5/5.3-7:E-1),

"Não, eu não tinha leite e achava assim que antigamente, dizia que a dor de barriga era do leite que estava fazendo mal, isso aconteceu...essa coisa ruim, meus meninos nem pegaram peito. E esse meu filho que está separado nem pegou o peito também" (5/5.3-8:E-1).

Apesar da Sra. A. já não estar em idade fértil, as informações que ela repassava sobre o leite materno não eram corretas e foram retificadas. Ao falar da doença no seu corpo e, mais especificamente o câncer, a Sra. A disse:

"Sabe que eu acho até normal, eu vejo tanta gente hoje fazendo isso, que antigamente a gente não ouvia falar isso que eu acho normal" (6/0-9:E-I),

"...se eles tirarem o seio, se for pro meu bem, pode tirar né, a gente sente, é um pedaço do corpo da gente que sai, mas se mais tarde tiver que fazer outra cirurgia é pior, se for necessário pode tirar o seio." (6/0-5:E-II)

"...eu penso nesse sentido que o que era ruim saiu, isso não me incomoda mais" (6/0-5:E-III).

A Sr. A refere-se a doença como "coisa ruim" e parece encarar a sua cirurgia como algo "até normal", apesar de reconhecer que a mastectomia é a retirada de "um pedaço do corpo, mas diz preferir fazer a cirurgia agora, do que outro tratamento mais complicado depois. Diferentemente da Sra. H., a Sra. A. parece ter dificuldade em falar tanto do seu corpo, como do corpo das outras pessoas. Também a Sra. A. utiliza palavras para avaliar o seu corpo, assemelhando-o a uma máquina. Ela diz:

"Eu me sinto assim mesmo, em bom estado ainda, ... não tenho complexo não..." (7/0-12:E-I)

Parece que a cliente se ressentida por já ter atravessado a juventude, estar na terceira idade e lamenta, dizendo:

"...sei que estou velha, que eu mudei, não posso ficar sempre mocinha, tou velha, mas não tenho complexo disso não" (7/0-11:E-I).

Este sentimento negativo em relação à idade, também é compartilhado pela Sra. H.. A opinião de que devem cuidar do corpo é compartilhada entre as duas clientes e a Sra. A diz sobre o corpo:

"é uma coisa delicada, tem que cuidar do corpo, da saúde, tem que ter cuidado" (7/0-13:E-I).

Ao perguntar à Sra. A. se ela olhava o seu corpo no espelho após a cirurgia, ela me disse:

"é a mesma coisa de antes. Desse lado (e aponta para a cicatriz) talvez por ser ainda muito nova a cirurgia, eu não me acostumei ainda, mas depois de acostumar talvez vai ser a mesma coisa (7/0-7:E-III),

"Já olhei mas não é toda hora não. Quando tomo banho ou vou no banheiro, eu me olho no espelho" (7/0-9:E-III), acrescentando quando perguntei como se sentia:

"Não, eu até tô mais tranquila" (7/0-8:E-III).

Ao falar sobre o seu corpo, nem a Sra. H. nem a Sra. A. se emocionaram. Demonstraram muita tranquilidade. Apesar destas reações das duas clientes acredito que elas já estavam vivenciando processos de aceitação das mudanças que ocorreram nos seus corpos.

Ao perguntar à Sra. A. se na sua família se tinha o hábito de falar com alguém, durante infância ou adolescência, sobre o corpo, ela respondeu:

"Não, em casa a gente não falava. A minha mãe até hoje é contra esse negócio de filho na barriga, criança fala: "eu saí da barriga da minha mãe", ela acha horrível" (8/8.1-14:E-I),

"Até hoje ela não gosta, eu acho que é vergonha, antigamente as mães escondiam, prá dizer que era a cegonha que trazia os filhos que não vinha da barriga da mulher. Eu acho que isso tá errado, porque eles devem saber" (8/8.1-6:E-II)

"As mocinhas ficavam menstruadas, não sabiam, ficavam apavoradas de vê o sangue e não saber o que era. A gente aprendia da boca dos outros, ou pela gente própria quando acontecia com a gente, porque não falava nada antes" (8/8.1-7:E-II).

Do mesmo modo que a Sra. H., a Sra. A. foi criada sem receber informações sobre o seu corpo e a sua sexualidade, com o que as

duas clientes dizem não concordar e referem educar os filhos de forma mais aberta. Ao falar, ainda, sobre o seu corpo, a Sra. A disse sentir fortes dores e acrescentou:

"E como guria, olhe a Sra. sabe eu sinto tanta dor no corpo que homem prá mim não tem mais interesse, sabe como é né? Por meu marido não sabe, ele quer todo dia até três vezes por noite, mas ele entende e me respeita..." (8/8.2-3:R-11).

Neste momento expliquei a Sra. A que as dores que ela sentia no corpo provavelmente eram originadas pela febre reumática, uma das sequelas da amigdalite. Aconselhei a Sra. A. a fazer referência deste fato ao cardiologista que a encaminharia a um especialista.

Ao comentar sobre as informações veiculadas pela mídia a respeito do corpo, a Sra. A disse-me:

"...eu gosto muito do "Canal livre", dos programas sobre sexo, convém a gente escutar, sobre o que pode me explicar, o que a gente não sabe a gente aprende." (9/0-15: E-1),

"...mas tem outras, que eu fico meio em dúvida, não sei, eu não entendo muito, tenho o primário só, não tenho estudo, fui criada no interior, prá estudar tive que sair de casa e fiquei três anos fora, longe de minha casa, e estudei pouco, só cursei o primário mesmo." (9/0-16:E-1).

Isto comprova a minha opinião de que as informações veiculadas pela mídia devem ser cuidadosamente elaboradas, tanto para serem compreendidas, como para atingirem o seu objetivo, de educar para a saúde. Apesar da Sra. A. afirmar que gosta de aprender com os programas de televisão e dizer que tem dúvidas sobre o corpo e a sexualidade, a cliente não quis abordar estes assuntos, sugerindo que no momento, não tinha perguntas a fazer. Além da Sra. A. ser uma pessoa tímida, fala pouco e demonstra não sentir-se à vontade para abordar assuntos relacionados ao corpo e até procura fugir deles.

Temática III: Saúde

Ao falar com a Sra. A. sobre a realização do exame ginecológico preventivo, ela me disse:

"...faz um ano agora que eu não fiz mais, mas todo ano eu faço." (11/0-17:E-I),

Quando perguntei à cliente se ela conhecia e realizava o auto-exame da mama, a Sra. A. me respondeu:

"Já ouvi falar e nunca procurei fazer e agora aconteceu que a médica achou esse problema que eu tenho e mandou eu fazer esse exame..." (22/0-29:E-I).

Diferentemente da Sra. H., que realizava o auto-exame da mama, embora parcialmente, a Sra. A. desconhecia esta técnica, embo-

ra ela seja veiculada pela televisão e da cliente já ter sido atendida no ambulatório de mastologia por médicos e enfermeiras e o fato mais agravante, dela ser portadora de câncer em uma das mamas, não lhe ensinaram a examinar a outra. Expliquei à Sra. A. a necessidade da realização do auto-exame da mama, apesar dela já ter retirado uma das mamas e deste ser realizado em uma data fixa do mes, haja visto que a cliente já havia atingido a menopausa.

Continuando a falar sobre o que pensa e sente sobre a saúde, a Sra. A. disse:

"...quando a gente está com saúde tudo é bom, a gente tá animada prá tudo..." (12/0-18:E-I),

"...saúde é a gente está disposta, num bom astral..." (12/0-19:E-I)

"E está contente, está trabalhando contente, sem ter preocupações nenhuma..." (12/0-20:E-I),

Parece que, para a Sra. A., o conceito de saúde é mais amplo do que o bem-estar físico. Envolve o aspecto psicológico e espiritual. Também está ligado ao trabalho, a ter saúde para produzir. Tanto a Sra. A. como a Sra. H. comungam da mesma idéia a respeito de saúde.

Temática IV - Doença em Geral

De modo geral, a cliente referiu como doença mais grave da sua vida, as crises de amigdalite que ocorreram na sua vida pregressa e ocasionaram o seu problema cardíaco e que já foi comentada na temática I, quando relatei a história de vida da Sra. A. Quando abordei esta temática com a cliente, esta, diferentemente da Sra. H. que diz procurar ajuda com os profissionais de saúde, disse que quando está doente procura ajuda com amigos:

"Uma amiga, uma amiga íntima, não é prá qualquer um que a gente...sempre a gente tem uma amiga mais íntima"

(16/16.1-21:E-1)

e acrescentou sugerindo como reage à doença:

"As vezes, eu gosto de trocar alguma palavra assim... como é que se diz...de dividir a minha tristeza com alguém, pappear... A gente fica assim sem vontade de fazer nada e perde a opinião de outra pessoa prá ver se ela faz alguma coisa pela gente, ensinar alguma coisa..." (16/16.3-23:

E-1)

Neste momento, abordei com a Sra. A a necessidade de buscar auxílio com profissionais de saúde, embora reconhecendo a importância do apoio de uma pessoa amiga que possa nos escutar. E a cliente ainda disse como se comportava quando ficava doente:

"Ah, daí eu fico quietinha no meu canto, não gosto de falar com ninguém, gosto de ficar bem sozinha e fico...desacorçada, fico desanimada, aí não tenho ânimo prá nada."
(16/16.3-22:E-1).

Contudo, a cliente sugere em seu discurso que também reage à doença enfrentando-a e disse:

"A gente tem que...assim não pode se entregar...a gente desanima, mas tem que enfrentar a doença..." (16/16.3-24:E-1).

Ao abordar o que pensa e sente sobre a doença a Sra. A disse:

"Ah, a doença prá mim é horrível..." (17/0-25:E-1),

e acrescentou:

"Ninguém gosta de ter, ninguém gosta de ser doente...quando a gente está doente, a gente não anima prá nada, às vezes não tem força nem que queira trabalhar não tem força, como eu estava há uns dias atrás aí, vê as coisas, quer fazer e não pode, acho horrível." (17/0-26: E-1).

Apesar de falar bastante sobre o que é estar doente, a linguagem da Sra. A. não é tão metafórica quanto a da Sra. H.. Contudo, a abordagem da doença das duas clientes é repleta de sentimentos negativos.

Temática V: Câncer

A história do câncer da Sra. A. foi, por questão didática, explicitada na história de vida da cliente para facilitar ao leitor a compreensão do processo de retardo da cirurgia da cliente que optou por realizar anteriormente a este procedimento, um tratamento espiritual na tentativa de evitar o trauma cirúrgico.

No que diz respeito à causalidade do câncer, a Sra. H. e a Sra. A. concordam em um ponto sobre a atribuição do câncer aos trabalhos árduos realizados:

"...eu mexia muito com pedra, com espinho, plantava, furava as mãos nas roseiras, era descuidada." (21/0-19:E-III),

acrescentando ainda:

"As vezes quando eu via, eu estava com a mão machucada ou o pé machucado, e não sabia onde tinha machucado, em qual o serviço porque eu não me cuidava, não prestava atenção." (21/0-20:E-III).

Ao falar sobre o uso de próteses a Sra. A. disse:

"Se eu encontrar alguma coisa que seja conveniente eu vou usar, aquele soutien de um peito, se eu não achar também não tem problema." (23/0-21:E-III).

Aproveitei este momento para explicar à Sra. A. que, se ela tivesse dúvidas a respeito das próteses, eu poderia ajudá-la e

ela quis saber como usar, de imediato alguma coisa para substituir o seio. Sugeri o uso de compressas de gaze dentro do soutien e a Sra. A. aprovou a idéia. Furneci o endereço da loja que vende este soutien com prótese na cidade.

Em um dos nossos encontros, quando havia interrompido o tratamento espiritual, antes de retomar o tratamento médico para submeter-se à mastectomia, a Sra. A. abordou o que pensa/sente sobre o câncer dizendo:

"Eu achava que estava diminuindo, mas depois virou a crescer, tem dia que tá duro e dói..." (25/0-10:E-II),

"...tem horas, assim, que fica bem duro e dói, parece que está uma coisa viva, duro.. Parece que tem vida e tem dias que não" (25/0-11:E-II).

Parece que a Sra. A. atribuí ao seu tumor maligno, vida própria, referindo-se a ele como se fosse algo independente do seu corpo, um ser estranho dentro do seu corpo.

Ao falar da assistência, prestada por parte dos funcionários da M.C.D. a Sra. A., comentou:

"Eu fui bem atendida, fui bem tratada, gostei muito do pessoal de lá, não posso falar nada de mal do hospital"
(13/0-13:E-III)

"...eu me senti bem apoiada, muito bem apoiada." (13/0-14: E-III).

Pedi a opinião da Sra. A. sobre o meu acompanhamento, e ela disse:

"Ajudou, porque muitas coisas que eu não sabia a Sra. me ensinou, até de muita doença que eu tive e não me lembrava mais e a Sra. me fez lembrar, eu gostei muito" (13/0-15: E-III).

Ao explicar a Sra. A. uma escala com cinco números, do mesmo modo que foi explicado à Sra. H., aquela cliente me respondeu:

"O seu trabalho foi bom, foi ótimo, eu daria cinco" (13/0-17: E-III)

e finalizou:

"...eu gostei das suas explicações, coisas que eu não sabia porque ninguém me falava, e sempre é melhor fazer as coisas com a orientação de uma pessoa que sabe. A Sra. me deu mais força quando eu precisava." (13/0-18: E-III).

Dado ao número reduzido de casos aqui relatados, o que foi exposto se constitui em um conjunto de categorias e conteúdos de dimensões limitadas. E as conclusões que podem ser tiradas são consideradas como exploratórias, servindo de indicativo para um trabalho

continuado de pesquisa. Assim sendo, passo agora a resumir os dados mais relevantes por categorias emergentes desta prática assistencial.

1) CORPO

A Sra. H. considera elementos essenciais do corpo, as mamas e o útero, atribuindo as estes órgãos a atração da mulher. Por não tê-los mais, a cliente se percebe semelhante a uma criança. Para a Sra. H. a mama e o útero representam a feminilidade do corpo da mulher e ela aborda facilmente este assunto. Contudo, não é isto que ocorre com a Sra. A. que, ao falar sobre a mama, se refere apenas ao seu aspecto funcional e diz sentir-se envergonhada ao falarem do seu corpo. Tanto a Sra. A. como a Sra. H. não abordam o conteúdo erótico da mama.

Ao falar sobre a sua aparência, a Sra. H. diz que após a cirurgia, os cuidados pessoais não sofreram alterações, contudo tanto a Sra. A. como a Sra. H. se lamentam mais pelo fato de que envelheceram, do que pela cirurgia.

Quando referiu sobre o olhar-se no espelho, a Sra. H. diz que se percebe feia. Ela também considera este hábito como exibição. A Sra. A. parece negar a mastectomia quando refere-se ao seu corpo após a cirurgia como se tivesse a mesma imagem anterior. E se contradiz quando refere que não se acostumou ainda ao seu novo corpo.

Tanto a Sra. A. como a Sra. H. queixam-se de não terem recebido orientações na infância e adolescência sobre o corpo. E a Sra. H. atribui a sua gravidez ao fato de ser uma jovem ingênua e desinformada. As duas clientes concordam que as informações sobre o

corpo ou os processos que ocorrem nele, são vitais para o bom ajustamento das pessoas.

Enquanto a Sra. A. refere-se ao corpo como algo frágil e delicado que precisa ser cuidado, a Sra. H. considera o seu corpo forte, referindo-se a sua disposição de realizar as tarefas, ou seja, abordando o corpo como um instrumento de trabalho.

Outra categoria emergente da análise do discurso da Sra. H. foi a sexualidade, tema este abordado em todas as entrevistas desta cliente. Vários autores, entre eles Maguire et al. (1980), Toughill (1984), Krouse e Krouse (1992) e Dean (1987) apontam para a mastectomia como uma situação que desperta problemas adormecidos. Ao referir-se ao relacionamento com seu marido, a Sra. H. relata a sua frigidez e sugere que este seja um problema hereditário apresentado pela sua filha e sua irmã. A Sra. A. também referiu-se a sua sexualidade, porém se queixando não de frigidez, mas de dores no corpo como fator que supera o seu interesse sexual.

Ao abordar as informações sobre o corpo veiculadas pela mídia, a Sra. H. classifica a televisão de imoral por exhibir o corpo das pessoas considerando este fato uma desvalorização dele. Já a Sra. A. acha que pode aprender ao assistir programas de televisão. Contudo, a Sra. A. não quis abordar assuntos relacionados ao corpo, inclusive a sexualidade.

Quando abordou a doença no corpo, a Sra. A. sente por ter que retirado a mama, e referiu-se à patologia como algo "ruim". A Sra. H. por sua vez, considera o câncer como uma impureza e acha que após a mastectomia o seu corpo ficou "limpo", e segundo ela o útero e a mama não tem mais utilidade para uma mulher na sua idade.

Tanto para a Sra. A. como para a Sra. H. parece que o corpo é um modelo que expressa através de suas atitudes, padrões e normas sociais. E a representação deste corpo é descrito através de palavras variadas como "coisa delicada", "velha", "em bom estado", "é humano", "é carne e osso" e "é só prá essa terra".

2) SAÚDE

Ao referir-se a saúde, a Sra. A. expressa sentimentos positivos como "bom astral", "boa disposição", "contente", "sem preocupação". E a Sra. H. classifica a saúde como um "dom de Deus", "é tudo na vida", "é riqueza", "é união", "é paz", utilizando metáforas sem nenhuma conotação biológica.

Quando falaram da saúde, tanto a Sra. A. como a Sra. H. conferem às suas representações, conotações místicas, positivas e espirituais. Estas representações parecem ser coerentes com as características pessoais das duas clientes que apesar do diagnóstico de câncer mamário, sempre demonstraram vontade de buscar a cura.

Ao abordar as medidas preventivas para a saúde, a Sra. H. conhecia e praticava o auto-exame mensal da mama, contudo não o fazia de forma correta omitindo a manobra de expressão, realizando apenas a palpação. Já a Sra. A. sabia da existência do auto-exame da mama, mas refere que nunca o realizou, apenas a ginecologista que o realizava foi quem encontrou o tumor. Diferentemente da sra. H. que percebeu ser anormal a presença de secreção na sua mama direita.

Tanto a Sra. A. como a Sra. H. realizavam o seu exame ginecológico preventivo anual, no qual eram examinadas pelo médico. Entretanto estas clientes apesar de serem atendidas por profissio-

nais de saúde em intervalos de 12 meses (Sra. A.) ou 6 meses (Sra. H.) não foram treinadas para realizar o auto-exame mensal das mamas.

A Sra. A. e a Sra. H. consideram que receberam boa assistência no hospital, principalmente o apoio da equipe de enfermagem. Referiram também que se sentiram muito bem por terem recebido assistência diferenciada e individualizada e citam as orientações, explicações e visitas domiciliares recebidas como fatores que colaboraram para o processo de recuperação e manutenção da saúde.

3) DOENÇA

Ao relatar as suas experiências com outras doenças, a Sra. H. refere que quando submeteu-se à histerectomia, chorava e tinha "crise de nervos" porque pensava que tinha câncer de útero. Por várias vezes ela refere em seu discurso que realizava a técnica da palpação à procura de nódulos mamários a cada vez que tomava banho. E justifica esta busca dizendo que tinha certeza de que era portadora de câncer. Parece que esta cliente conscientemente buscava uma neoplasia maligna no seu corpo.

Enquanto a Sra. H. diz procurar os serviços de saúde quando sente que está doente, a Sra. A. procura conselho de amigas, dizendo que quando está neste estado "não tem ânimo prá nada". Ao abordar como enfrentam a doença, as cliente referem que "não podem se entregar", "tem que enfrentar", "pedir forças a Deus" e "ter paciência para sofrer".

Tanto a Sra. A. como a Sra. H. externalizam sentimentos negativos ao se referirem à doença, definindo-a como "um pesadelo", "é horrível", "ninguém gosta" e "a gente não anima prá nada". Entre-

tanto, a Sra. H. demonstra sentimentos contraditórios quando confere a doença o mesmo significado de saúde - "um dom que a pessoa nasceu com essa sina".

4) CÂNCER

Quando se reporta à sua doença, a Sra. H. atribui o câncer a diversas causas, dentre elas a diferença entre o quente e o frio. A cliente sugere que, ao trabalhar no fogão de lenha, o calor do fogo atingia primeiro a mama e o fato de simultaneamente, apanhar chuva ou uma lufada fria. Esta é uma representação que parece estar relacionada as teorias humorais hipocráticas da saúde e da doença. Segundo Harwood (1971), estas representações foram trazidas para o Ocidente por espanhóis e portugueses, difundidas pelas escolas médicas mexicanas e peruanas, por padres e outros que propiciavam cuidado médico europeu aos índios e mestiços, este tipo de representação foi incorporada pela prática popular latino-americana.

Tanto a Sra. H. como a Sra. A. apontam o "trabalho rústico" como causa de câncer e Sra. A. pensa que ficou doente porque cuidava da terra e machucava pés e mãos. Dentre outras causas citadas pela Sra. H. estão "um vírus que dizem que toda pessoa tem", como "uma sina que a gente trás" e "eu penso que é a natureza e Deus fez assim".

Ao analisar o discurso das duas clientes se pode concluir que ambas se referem a família como fonte de apoio para enfrentar a cirurgia e a Sra. H. ainda acrescenta a religião. Tanto a Sra. A. como a Sra. H. se sentem tristes por serem portadoras de câncer, mas admitem que precisam enfrentar a realidade.

A Sra. A. quando se refere ao tumor, diz "parece que está uma coisa viva, duro" e queixa-se de dor, enquanto a Sra. H. diz que a sua mama direita "está podre". Tiffany (1988) quando acompanhou pacientes portadores de neoplasias malignas observou várias representações de câncer, entre elas a de um ser vivo, estranho e agindo independentemente da vontade do doente e parece que esta é a representação que a Sra. A. tem do seu câncer de mama.

CAPÍTULO 6: CONCLUSÕES

Neste capítulo serão abordadas as conclusões deste trabalho, onde faço reflexões sobre as representações das duas clientes assistidas e, a seguir, avalio o referencial teórico adotado e a metodologia utilizada neste processo de intervenção de enfermagem.

Entre todas as temáticas abordadas, a mais fecunda foi a temática corpo. Neste tema, as clientes expressaram sentimentos de vergonha e negação. Contudo parece que para estas clientes, a mama representa a feminilidade do corpo da mulher. Por outro lado, o envelhecimento parece preocupar e entristecê-las mais que a própria mastectomia.

As duas clientes consideraram o fato de não terem recebido informações sobre o seu corpo e o seu funcionamento na infância e adolescência. Elas também apontam para a mídia como veiculadora e constituidora das representações sociais, principalmente as representações de câncer e de corpo.

A religiosidade emerge quando as clientes se reportam às causas da saúde, a qual não parece ser tão concreta e próxima como a doença. Tanto para a saúde como para a doença, foram identificados poucos elementos representativos portando, na sua maioria conotações, positivas para saúde e negativas para a doença.

Quanto ao câncer esteve associado a atitudes de resignação e aceitação da doença. As duas clientes deste estudo representam câncer de maneira diferente. Uma dá ênfase à decomposição do corpo como resultado da doença, a outra vê o câncer como um elemento vivo e ativo. Foram também mencionadas como causas do câncer: o trabalho árduo, os ferimentos por descuido, a vontade divina e as abruptas

variações térmicas.

Ao avaliar o marco de referência gostaria de salientar a importância de um método de assistência de enfermagem calcado em um arcabouço teórico, e ressaltar as possibilidades que a teoria das representações sociais oferece para a enfermagem. A teoria possibilitou que se desvendasse as representações da mulher mastectomizada, e conseqüentemente contribuiu para que estabelecêssemos uma interação baseada na confiança, reconhecendo as necessidades da cliente e firmando uma relação de ajuda. Isto pode ser comprovado pelo fato de que toda a análise foi realizada a partir dos dados emergentes da prática, ou seja, fundamentada no que as clientes referiram como importante para elas.

A abordagem de questões voltadas ao corpo ou aos processos que ocorrem nele, possibilitaram às clientes refletir sobre a sua imagem corporal e me forneceram subsídios para auxiliá-las a reelaborar a vivência corporal.

Assim, numa próxima aplicação deste marco, me prenderei especificamente à análise das representações de corpo e mudanças corporais, já que os dados demonstraram que é mais fácil para as clientes expressarem-se sobre a doença no corpo do que sobre a doença em abstrato.

No que tange a metodologia adotada, acredito que a sistematização da assistência através do acompanhamento da cliente desde o ambulatório (ou internação) até o domicílio, foi fundamental para que se estabelecesse a confiança na relação de ajuda. A tentativa de sistematizar as necessidades da cliente a partir de sua situação, foi outro fator que contribuiu para a boa qualidade da relação enfermeiro/cliente. Nesse sentido, esta proposta de trabalho, permitiu

assistir às clientes a partir das necessidades manifestas pelas mesmas. Todavia, temos de considerar o fato de que este processo pode e deve ser modificado, em sua aplicação, de acordo com as necessidades em questão. De fato, uma cliente exigiu um período de atendimento mais longo no pré-operatório, enquanto que a outra, exigiu assistência mais intensa no pós-operatório.

Sugiro que próximos trabalhos considerem uma versão mais reduzida do instrumento (Anexo 1) concentrando-se mais nas representações de corpo, percepções de mudança corporal e vivência corporal, partindo assim de um elemento concreto e saliente para a cliente e, se possível, daí para representações de nível mais abstrato.

Num trabalho futuro pretendo, utilizar o instrumento (Anexo 1) em uma forma mais reduzida, uma vez que a técnica de entrevista semi-dirigida exige muito tempo na codificação de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROSO, C. Mulher, Sociedade e Estado no Brasil. São Paulo, Brasiliense - UNICEF, 1982.

----- A Saúde da Mulher. São Paulo, Nobel, 1985.

BASSANEZI, C. et al. A Mulher na Idade Média. Campinas, Unicamp, 1985.

BELAND, I., PASSOS, J. Enfermagem Clínica: aspecto fisiológico e psicossociais. São Paulo, E.P.U., 1979, vol. 3.

BERGER, P.L., LUCKMANN, T. A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis, Vozes, 1985.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Estatística de mortalidade - Brasil 1984 - Brasília. Centro de Documentação, 1987.

-----, Estatística de mortalidade - Brasil - 1985 - Brasília. Centro de Documentação, 1987

BRUNNER, L.S., SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro, Interamericana, 1985, vol. II.

BRUSCHINI, C. Mulher e Trabalho. São Paulo, Nobel, 1985.

BITONI, DULCÍLIA H.S. Mulher de Papel: A representação da mulher pela imprensa feminina brasileira. São Paulo, Loyola, 1981.

BURNS, R.B. The Self-Concept: in theory, measurement, development and behaviour. New York, Longman, 1979. cap.01, 02 e 06.

CARVALHO, Z.M. de F. Orientação de enfermagem: fator importante no ajustamento das mulheres mastectomizadas: contribuição à assistência de enfermagem. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 37, nº 3/4, p. 159-164, Jul./Dez. 1984.

CHRISTENSEN, P.J. Assessment: data collection for the individual client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W., CHRISTENSEN, P.J. Nursing process: applications of theories, frameworks and models. 2 ed. St. Louis: The C.V. Mosby, 1986. p. 68-86.

CLOUGH, J. Mastectomy: the operation that every woman dreads Nursing Mirror, nº , p. 48-50, Jan. 1982.

COX, E. Psychological aspects-breast cancer 1: practice. Nursing Mirror, Sussex, v. 159, nº 18, p. 18-19, Nov. 1984.

DEAN, C. Psychiatric morbidity following mastectomy: preoperative predictors and types of illness. Journal of Psychosomatic Research, v. 31, nº 3, p. 385-392, 1987.

DI LASCIO, CECÍLIA D. A saúde da mulher como prioridade nos programas de saúde. In: Anais do XXXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belo Horizonte, FUMARC/PUC-MG, 1985.

DOISE, W. Les Representations Sociales: définition d'un concept. In: DOISE, W., PALMONARI, A. L'étude des représentations Sociales. Paris, T.D.B., 1986. Trad. livre Diónea Soares.

DOURADO, H.G. O papel da mulher no processo histórico de Enfermagem. in: Anais do XXXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belo Horizonte, FUMARC/PUC-MG, 1985.

DRIEVER, M.J. Theory of Self-Concept. In: ROY, C. Introduction to Nursing: an adaptation model. Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey, 1976. p. 171-189.
Theory of Self-Concept.

FAULKNER, A. Mastectomy; reclaiming a body image. Community Outlook, May. 1985.

GADELHA, M.I.P. et al. O ensino da cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem. 1988 (mimeo).

GRAYDON, J.E. Stress points. American Journal of Nursing, New York, v. 84, nº 9, p. 1124-1125, Sept. 1984.

HARWOOD, A. A Teoria "Quente/Frio" de Doença: implicações para tratamento de pacientes porto-riquenhos. JAMA, V. 216, nº 7, May, 1971. p. 1153-1158. Trad. livre Prof. Fernando Volkmer.

HERZLICH, C. Health and illness: a social psychological analysis. London, Academic Press Inc., 1973.

----- Representations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champs social. In: DOISE, W., PALMONARI, A. L'étude des représentations sociales. Paris, IDB, 1986. Trad. livre Profa. Dionéia Soares.

JENKINS, H.M. Self-concept and mastectomy. JOGN Nursing, v. 9, nº 1, p. 38-42, Jan./Feb. 1980.

JODELET, D.A. Representação do corpo e suas transformações. In: FARR, R., MOSCOVICI, S. Social Representations. Cambridge, Cambridge University Press, 1984. p. 211-238. Trad. livre Prof. Fernando Volkmer.

----- Representação Social: fenômenos, conceito e teoria. In: MOSCOVICI, S. Psychologie Sociale, Paris, PUF, 1984. Trad. livre Profa. Dionéia Soares.

KROUSE, H.J., KROUSE, J.J. Cancer is Crisis: the critical elements of adjustment. Nursing Research. New York, v. 31, nº 2, p. 96-101, Mar./Apr. 1982.

KUSNETZOFF, Juan Carlos. A mulher sexualmente feliz. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1988.

LABRA, M.E. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis, Ed. Vozes, 1989.

LASRY, J.C.M. et al. Depression and body image following mastectomy and lumpectomy. J. Chron. Dis., Montreal, v.40, nº 6, p. 529-534, 1987.

LEDDY, S., PEPPER, J.M. Models of Nursing. In: LEDDYS, S, PEPPER, J.M. Conceptual bases of professional nursing. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1985. p. 142-143.

LINDSEY, A.M. et al. Social support and health outcomes in postmastectomy women: a review. Cancer Nursing, p.377-384, Oct. 1981.

LUZ, Madel T. O Lugar da Mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual. Rio de Janeiro, Graal, 1982.

MAGUIRE, P., TAIT, A., BROOKE, M. Mastectomy: A conspiracy of pretence. Nursing Mirror, Manchester, v.150, nº 2, p. 17-19, Jan. 1980.

MEDINA, João Paulo S. O Brasileiro e seu Corpo: educação e política do corpo. Campinas, Papirus, 1987.

MELETI, M.R. & ANGERAMI, V.A. A atuação do psicólogo no contexto hospitalar junto a pacientes mastectomizadas. In: Psicologia Hospitalar: a atuação do psicólogo no contexto hospitalar, coletânea. São Paulo, Traco, 1984.

MIRANDA, G.V. de. O papel social da mulher e sua influência na saúde: A condição social da mulher na sociedade brasileira. In: Anais do XXXVI Congresso Brasileiro de Enfermagem, Belo Horizonte, FUMARC/PUC-MG, 1985.

MOSCOVICI, S. Sobre Representações Sociais. In: FORGAS, J.P. Social Coognition, Academic Press, 1981. Trad. livre da Profa. Clélia Ma. N. Schulze.

----- A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro, Psyché, 1978.

NASCIMENTO-SCHULZE, C.M. Diagnóstico psicossocial de pacientes cancerosos em tratamento quimioterápico. Florianópolis, Relatório CNPq, 1990. mimeo.

----- The social representations of death: a study with cancer patients, family members and healthy individuals. In: Religion, Personality and Mental Health Org. L.B. Brown. New York. Springer-Verlag. (no prelo).

NORTHOUSE, L.L. Mastectomy patients and the fear of cancer recurrence. Cancer Nursing, p.213-220, Jun. 1981.

PACHECO, M.V. de A. Racismo, machismo e planejamento familiar. Petrópolis, Vozes, 1984.

PARKES, C.M. Helping the Bereaved. In: PARKES, C.M. Bereavement: studies of griefs in adult life. Middlesex, Penguin Books, 1975. p. 176-211.

PARKER, E. The Age of Youth. In: PARKER, E. The Seven Ages of Women. New York, Bantón Books/John Hopkins Press, 1967. p. 442-437.

PARLAPIANO, M.J. Facts and fantasy about breast cancer. ACRN Journal, Illinois, v.19, nº 4, p. 845-850, Apr. 1974.

PINOTTI, J.A., FAUNDES, A. A Mulher e seu Direito à Saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo, Manole, 1988.

REVISTA BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Informes: Ensino da Cancerologia no Curso de Graduação em Medicina. v.2, nº 31, p. 174-176, Jun. 1985.

RODRIGUES, J.C. Tabu do corpo. Rio de Janeiro, Achiamé, 1980.

ROSALDO, M.Z., LAMPHERE, L. A Mulher a Cultura e a Sociedade. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979.

- SCOTT, D.W. Quality of life following the diagnosis of breast cancer. Topics in Clinical Nursing - Women and Health. New York, v.4, nº 4, p. 20-37, Jan. 1983.
- SILVA, M.G.C. da. Cânceres no Brasil. Fortaleza, Out. 1985. (mimeo.)
- SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro, Edições Graal, 1984.
- STEDFORD, A. Coping with cancer: one family's story. In: STEDEFORD, A. Facing Death: patients, families and professionals. London, William Heinemann Medical Books, 1985. cap. 1, p.01-13.
- STUDART, H. Mulher: objeto de cama e mesa. 12 ed., Petrópolis, Vozes, 1980.
- SUNDEEN, S.J. et al. The nurse process. In: SUNDEEN, S.J. et al. - The Nurse-Client interaction: implementing the nurse process. 3 ed. St. Louis, The C.V. Mosby, 1985. p.7-9.
- TIFFANY, R., WEBB, P. Oncology for Nurses and health Care Professionals: Care and Support. London/Beaconsfield, Harper & Row/Beaconsfield Publishers, 1988. vol. 2.
- TOLEDO, R.A.G. DE. et al. A Dominação da mulher: Os papéis Sexuais na Educação. Petrópolis, Vozes, 1981.

TORRES, W. et al. Sondagem de atitudes frente à morte em universitários das áreas de saúde, psicologia e teologia. Cadernos do ISOP. 1988. (N. 11).

TOUGHILL, E.G. Sexual counseling for the mastectomy patient. Occupational Health Nursing, Aug. 1984.

VIEIRA, T.T. Importância da imagem corporal na prática da enfermagem. Rio de Janeiro, 1976. Tese (Livre Docência) - Escola Ana Neri. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1976.

YOUSSEF, F.A. Crisis intervention: a group-therapy approach for hospitalized breast cancer patients. Journal of Advanced Nursing, Maryland, v.9, p. 307-313, Dec. 1984.

WOODS, N.F., EARP, J.A.L. Women with cured breast cancer: a study of mastectomy patients in north Caroline. Nursing Research, North Caroline, v.27, nº 5, p. 279-285, Sept/Oct. 1978.

Anexo 1 - Roteiro para coleta de dados

1. Dados de Identificação

Nome:

Idade:

Procedência:

Endereço atual:

Grau de Instrução

Estado civil:

Tempo: anos

Profissão:

2. Aspectos relacionados à Vivência Social da Cliente

2.1 Formação da família - n de filhos

2.2 Relacionamento familiar - (esposo e filhos)

2.3 Relacionamentos de Amizade - (vizinhos e amigos)

2.4 Participação em grupos - (objetivos do grupo, tempo de formação, local de reuniões, atividades desenvolvidas)

2.5 Atividades domésticas - (divisão do trabalho, colaboração)

2.6 Decisões no lar.

3. Aspectos relacionados ao Corpo

3.1 Notícias sobre o corpo veiculadas pela mídia -
principalmente o corpo da mulher.

3.2 Informações sobre o corpo na infância e adolescência

3.3 Troca de experiências através da conversa sobre o corpo -
da cliente e das outras pessoas.

3.4 Comparação do corpo da cliente com o corpo de outras
pessoas

3.5 Preocupação com a própria aparência

3.6 A mulher e o espelho - sentimentos da cliente ao se olhar
no espelho.

3.7 O que é o corpo para a cliente.

3.8 O que é o seio/peito/mama para a cliente

4. Aspectos relacionados à saúde e a Doença

4.1 O que é a saúde para o cliente

4.2 O que a cliente faz quando está doente. Se procura ajuda para resolver os problemas de saúde.

4.3 Periodicidade de exame ginecológico.

4.4 Necessidade e realização do auto-exame da mama.

4.5 O que é doença para a cliente

4.6 História da doença - sentimentos ao saber do diagnóstico, exames realizados, medicamentos e tratamentos realizados anteriormente

4.8 Como vê esta doença (o câncer) no seu corpo - o que significa ter câncer.

5. Aspectos relacionados à vivência da cliente após a cirurgia

5.1 Vivência Social:

5.1.1 Relacionamento após a cirurgia -

- com os outros
- com os filhos
- com o marido

5.2 Experiência de internação

5.2.1 Como se sentiu no hospital - (Cuidados, apoio, relacionamento com as outras mulheres, com a equipe de saúde)

5.3 Vivência Corporal

5.3.1 Como sente e o que pensa sobre o corpo

5.3.2 Cuidados com a aparência - o espelho

5.3.3 O que fazer para enfrentar a Transformação corporal - em relação a falta do seio.

5.3.4 O que pensa/sente sobre saúde e doença