



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
CURSO: SOCIOLOGIA

Trabalho de Fim de Curso

**“Mavele”**: Do diagnóstico do Cancro de mama à (re)construção da vida quotidiana das  
**mulheres mastectomizadas**: Um estudo de caso no Hospital Central de Maputo.

(Monografia Apresentada em Cumprimento Parcial dos Requisitos Exigidos Para a  
Obtenção do Grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane)

Autora: Virgínia Muxlhanga

Supervisor:  
Dr. Neto Sequeira

Maputo, Junho, 2017



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA  
CURSO: SOCIOLOGIA

Trabalho de Fim de Curso

**“Mavele”**: Do diagnóstico do Cancro de mama à (re)construção da vida no quotidiano de  
**mulheres mastectomizadas**: Um estudo de caso no Hospital Central de Maputo

Monografia Apresentada em Cumprimento Parcial dos Requisitos Exigidos Para a  
Obtenção do Grau de Licenciatura em Sociologia na Universidade Eduardo Mondlane

Autora: Virgínia Muxlhanga

Supervisor:  
Dr. Neto Sequeira

Maputo, Junho, 2017

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE  
FACULDADE DE LETRAS E CIÊNCIAS SOCIAIS  
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

**O Júri**

**O Presidente do Júri**

**O Supervisor**

**O Oponente**

---

---

---

## **DECLARAÇÃO DE HONRA**

Eu, Virgínia Uitehema Joaquim Muxlhanga, declaro por minha honra que o presente trabalho de fim de curso de Licenciatura em Sociologia, nunca foi apresentado na sua essência para a obtenção de qualquer grau acadêmico, ou outro fim, constituindo sim, resultado de uma

Investigação pessoal, estando indicadas no texto e na bibliografia as fontes por mim consultadas.

Virgínia Uitehema Joaquim Muxlhanga

---

## **DEDICATÓRIA**

A vocês meus pais, dedico este trabalho como a minha mais singela homenagem e agradecimento por tudo o que têm feito por mim.

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer em primeiro lugar a Deus pelo dom da vida e por ter permitido que eu aqui chegasse, colocando pessoas especiais ao meu redor, que me apoiaram directa ou indirectamente na realização deste trabalho.

Aos meus pais agradeço profundamente pela educação provida. Mesmo em meio a dificuldades, sempre puseram a educação dos seus filhos em primeiro lugar. Obrigada por tudo meus pais e meu irmão Jhey, por todo o apoio emocional, afectivo e material na realização deste trabalho.

Aos meus amigos e colegas de carteira, Neyde Malate, Stélio Chambal, Stélio Macamo, Jorge Siteo, o meu *Khanimambo* por termos vivido grandes experiências na academia. Os dias das “*directas*”, os trabalhos em grupo, as nossas discussões em torno dos nossos temas, tudo isto contribuiu para a realização deste trabalho e acima de tudo, para o desbrotar da nossa amizade.

Ao meu supervisor Dr. Neto Sequeira que agradeço imensamente por toda a força e por acima de tudo acreditar no meu projecto, dando-me o incentivo necessário para continuar, em meio aos “*típicos*” “*puxões*” de orelha quanto as “*gafes*” que cometia ao longo do trabalho. Muito obrigada.

Ao grupo de senhoras acometidas pelo cancro de mama, que dispensaram um pouco do seu tempo, para partilhar as suas experiências de vida, o meu muito Obrigada, MINHAS FLORES, sem vocês, concerteza este trabalho não teria sido possível.

Obrigada Edson Simbine, por seres esse parceiro radiante que sempre esteve ao meu lado desde o início da elaboração do trabalho, me apoiando com dicas, elogios e com críticas construtivas.

“*Khanimambo, guys*”.

## RESUMO

O presente trabalho aborda as práticas das mulheres mastectomizadas na vida cotidiana, com o objectivo de compreender a forma pela qual estas mulheres reconstróem-se após a retirada da mama, nos espaços que compõe a sua vida no quotidiano. Espaços como na rua, no mercado, locais de trabalho e no lar. A passagem por esta doença, em algumas culturas, é considerada um factor comprometedor a imagem corporal da mulher e que coloca em causa a sua capacidade no cumprimento de certos papéis sociais, ligados em sua maioria a fertilidade, sexualidade e ao cuidados do lar. É neste âmbito que buscamos compreender como estas mulheres procuram reconstruir-se no seu dia a dia, perante tais constrangimentos identificados.

A partir de uma abordagem qualitativa, procedemos com a recolha dos dados com recurso a entrevista focalizada. Como referencial teórico, recorremos a teoria da Construção Social da Realidade de Luckmann e Berger (1978), de modo a compreender como este processo de reconstrução da vida no quotidiano, é realizado pela mulher após a retirada da mama.

Como resultados da pesquisa, foi possível identificar quatro categorias de análise: a mulher mastectomizada e a imagem corporal; a mulher mastectomizada na família; a mulher mastectomizada em espaços públicos; a mulher mastectomizada na sua relação conjugal. Notamos que grande parte das mulheres procura manipular a sua imagem consoante os contextos inseridos. Verificamos que a maioria das mulheres tem a tendência de esconder as consequências físicas da doença, em locais públicos, a partir do uso de roupas intimas, como o sutiã com enchimento, por forma a ser *“aceites”* junto aos grupos inseridos.

No ambiente familiar grande parte das mulheres procura não esconder a sua nova condição, havendo a procura pela aceitação do seu corpo como normal, ou seja, um corpo que não se limita ou se reduz a existência da mama para o exercício dos papéis sociais, como mãe, dona de casa e esposa. No que tange a intimidade notamos que, há um investimento de novas táticas de sedução e de prazer, como meio de superação e garante da continuidade da vida sexual.

**Palavras chave:** Câncer de mama; Corpo Feminino; Papéis Sociais;

## **ABSTRACT**

The present work deals with the practices of mastectomized women in daily life, with the aim of understanding the way in which these women rebuild themselves after breast removal, in the spaces that composes their daily lives. Spaces such as the street, the market, workplaces and home. The passage through this disease, in some cultures, is considered a compromising factor to the woman's body image, and it puts in question her capacity in the fulfillment of certain social roles, mainly related to fertility, sexuality and the care of the home. It is within this scope that we seek to understand how these women seek to rebuild themselves in their everyday life towards such identified constraints.

From a qualitative approach, we proceed with data collection using a focused interview. As a theoretical reference, we used the Social Construction of Reality theory of Luckmann and Berger (1978), in order to understand how this process of reconstruction of daily life is performed by the woman after the removal of the breast.

As results of the research, it was possible to identify four categories of analysis: the mastectomized woman and the body image; The mastectomized woman in the family; The mastectomized woman in public spaces; The mastectomized woman in her marital relationship. We note that most women seek to manipulate their image according to the contexts inserted. We verified that most women have a tendency to hide the physical consequences of the disease in public places, by using underwear, like bra with wadding, in order to be "accepted" in the inserted groups.

In the family environment, most women try not to hide their new condition. There is the search for acceptance of her body as normal, this is, a body that does not limit or reduces on the existence of the breast for the exercise of social roles such as mother, housewife and spouse. Regarding the intimacy we notice that, there is an investment of new tactics of seduction and pleasure, as a mean of overcoming and guaranteeing the continuity of the sexual life.

**Keywords:** Breast cancer; Feminine body; Social roles;



## **SIGLAS**

**ACM-** American Cancer Society

**ADN-** Ácido desoxirribonucleico

**AMLC-** Associação Moçambicana de Luta contra o Cancro

**MISAU-** Ministério da Saúde

**HCM-** Hospital Central De Maputo

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**ONG-** Organização Não Governamental

## **Lista de Tabelas**

Tabela1.Dados demográficos.....39

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
DECLARAÇÃO DE HONRA .....	I
DEDICATÓRIA .....	II
AGRADECIMENTOS .....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRACT .....	V
LISTA DE SIGLAS .....	VI
INTRODUÇÃO .....	12
CAPÍTULO 1. REVISÃO LITERÁRIA.....	16
1.1 Breve contextualização do fenómeno em Moçambique .....	1616
1.2 Estudos Empíricos relacionados ao Cancro de mama.....	1619
CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL .....	30
2.1 Teoria de Base.....	30
2.2 Definição dos Conceitos.....	32
CAPÍTULO 3. METODOLOGIA.....	35
3.1 Método de abordagem.....	35
3.2 Método de Procedimento .....	36
3.3 Técnicas.....	36
3.4 Grupo Alvo e amostra .....	37
3.5 Constrangimentos no processo de Pesquisa .....	38
CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	39
4.1. Perfil Sócio demográfico das mulheres entrevistadas.....	39
4.2. Nível de informação das mulheres sobre o cancro de mama .....	40
4.3. Mecanismos usados pela mulher no processo de reconstrução da sua vida no quotidiano, após a realização da mastectomia. ....	42
4.3.1 <i>A mulher e a sua imagem corporal</i> .....	42

4.3.2 <i>A mulher mastectomizada na família</i> .....	44
4.3.3 <i>A mulher mastectomizada no espaço público</i> .....	46
4.3.4 <i>A mulher mastectomizada na relação conjugal</i> .....	49
CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	50
CAPÍTULO 6. BIBLIOGRAFIA .....	54
ANEXO .....	59
I. Guião das Entrevistas.....	59

## INTRODUÇÃO

O cancro de mama é uma enfermidade crónica caracterizada pelo crescimento desordenado das células, causando alterações nos tecidos e órgãos do ser humano (Naves *et al*, 2011). Segundo McGuire *et al* (2015), estima-se que esta doença afecte aproximadamente 12% do total de mulheres no mundo. De acordo com o relatório sobre a Abordagem do Desafio do Cancro em África (2013), este é o segundo tipo de cancro mais comum em termos de incidência e mortalidade entre as mulheres africanas.

Com o diagnóstico da doença, muitas mulheres passam por um conjunto de transformações físicas bem como psicológicas. O seu modo de vida e relações interpessoais, tornam-se um objecto de reflexão e questionamento (Silva & Cunha,2013). Em situações agravantes, as mulheres são obrigadas a recorrer à cirurgia da retirada da mama, a qual é designada por mastectomia<sup>1</sup>.

Segundo Da Silva *et al* (2010) a mama é considerada em algumas culturas, como um símbolo importante no cumprimento de certas funções e papéis sociais. Ela é um órgão de estimulação ao prazer e importante para a amamentação (Da Silva *et al*, 2010). A mutilação da mama gera em muitas vezes, a concepção social do comprometimento da mulher na realização “*eficaz*” de certas práticas e papéis sociais, ligados em sua maioria a sexualidade e maternidade-amamentação (Da Silva *et al*, 2010). Após a mastectomia muitas mulheres sofrem também, actos de discriminação bem como a exclusão social em diversos locais, como por exemplo, no local de trabalho (Tiedtke *et al*, 2009).

Autores como Marques *et al* (2012), afirmam que existe a criação de um modelo ou padrão estético, o qual as pessoas buscam se encaixar na actualidade. O corpo é um objecto de idealização, mas também um potencial alvo de estigmatização, caso não corresponda aos padrões difundidos pela mídia em propagandas e publicidades.

A problemática da nossa pesquisa, surge a partir da nossa revisão da literatura. Verificamos que, ao longo da discussão sobre o assunto, autores como Marques *et al* (2012), Da Silva *et al* (2010), Tiedtke *et al* (2009), procuram trazer uma perspectiva onde são apresentados os constrangimentos e concepções culturalmente atribuídos a mulher nestas condições. Desde

---

<sup>1</sup> *Cirurgia que segundo a OMS (2012), consiste na remoção total ou parcial da mama, podendo ou não, estar associada à retirada dos gânglios linfáticos da axila (Apud Vasconcelos, s/d). Esta operação é feita na área em que se desenvolve ou já se encontra localizado o tumor (Suzan G. Komen for Cure,2009).*

preconceitos, limitações e situações de discriminação. Porém, grande parte não avança quanto a possibilidade do enfrentamento e superação destas mulheres às situações vivenciadas nos vários contextos inseridos.

Aureliano (2009) constata que, as mulheres buscam após a realização da mastectomia, adoptar medidas de superação, automotivação e de normalização da situação. Porém nos indagamos em perceber como esta normalidade sobre o corpo é criada? Ou por outra, como dá-se este processo a nível prático no seu dia a dia, visto que há a prior, a retirada de um símbolo considerado importante culturalmente e socialmente na vida da mulher.

Partindo deste ponto avançamos com a nossa pesquisa, por forma a identificar os mecanismos de superação e adaptação das mulheres tanto na esfera pública como privada. Importa frizar que consideramos a esfera pública, como o campo de exposição, onde o indivíduo procura seguir o modelo de políticas e normas instituídas pelo governo (Arendt, 2010)- a rua, o local de trabalho, mercado, igreja entre outros. E a esfera privada, o espaço onde o indivíduo busca obter um maior grau de autoridade e privacidade de si e para si (Arendt, 2010)- a família por exemplo.

Embora autores como Aureliano (2009) e Marques *et al* (2012), avancem alguns discursos, sobre os ideais de superação da mulher, como a ideia de que o corpo não se resume apenas na mama, pretendemos verificar a nível prático, se e como a construção deste ideal realiza-se. Pretendemos contextualizar este fenómeno à realidade moçambicana, pois verificamos que existe a prior uma escassez de estudos académicos relacionados ao assunto. Como tal, para o presente estudo, estabelecemos como pergunta de partida a seguinte: *A partir de que mecanismos as mulheres procuram reconstruir a sua vida no quotidiano após a retirada da mama?*

Como hipótese levantada sugerimos que: *As mulheres procuram reconstruir-se no quotidiano adoptando estratégias de negociação às pré-noções estabelecidas ao corpo feminino, por meio da manipulação das suas práticas e da sua imagem nas diferentes situações do quotidiano.*

O objectivo principal deste trabalho, versa em apreender no contexto moçambicano como as mulheres mastectomizadas, procuram reconstruir o conjunto de valores, significados e práticas assentes ao seu corpo após a passagem da cirurgia de retirada da mama. No âmbito específico, o trabalho versa em apreender o perfil sócio demográfico das mulheres entrevistadas, o nível de informação quanto ao cancro de mama antes da sua detecção, e aferir quais os mecanismos de

superação e adaptação, por elas usados no desenvolvimento das suas actividades e práticas, nos diferentes contextos sociais.

Como referencial teórico, apoiamo-nos na teoria da Construção Social da Realidade levantada por Luckmann e Berger (1978). Partindo do pressuposto de que, toda a realidade é socialmente construída por meio de um processo dialético, onde o indivíduo tem a autonomia não só de questionar-la bem como moldá-la, tendo em conta o contexto o qual encontra-se inserido. Procuramos desta forma através dos subsídios desta teoria, verificar como este processo é realizado ao longo da problemática levantada no estudo.

A pertinência sociológica subjacente ao nosso trabalho, consiste na compreensão do cancro de mama, por meio de uma vertente diferente do modelo biomédico. Segundo Giddens (2008) no modelo biológico *“a doença é definida de forma objectiva de acordo com os sintomas identificáveis (Giddens, 2008, P.156) ”*. O cuidado da doença e o seu tratamento é atribuído a especialistas treinados, onde o doente passa a representar um corpo doente, que é tratado de forma isolada sem que se tome em consideração outros factores, entre eles a sua opinião.

Segundo Santos *et al* (2014), ao se abordar o processo de cura das doenças é necessário que se compreenda a maneira como o próprio doente, desenvolve mecanismos de auto superação. Sendo assim buscamos explorar este universo de significações, bem como de acções desenvolvidas pelos doentes, no enfrentamento e superação da doença, por forma a destacar a importância destes factores na análise e percepção do conceito.

Para efeitos de localização do nosso grupo alvo optou-se pela escolha do bairro central, pois é o espaço físico onde se encontra a maior unidade hospitalar de Maputo, o Hospital Central de Maputo (HCM). E que por sua vez, é um dos hospitais que tem registado cada vez mais, o número de casos de cancro de mama, sendo o único a nível da cidade que fornece serviços especializados para estes casos (Matsinhe, Sapo Notícias, 2012). Porém para efeitos de recolha de dados, respeitando a sensibilidade e privacidade de cada mulher, optou-se em efectuar algumas das entrevistas, em um jardim próximo ao hospital e outras nas casas das entrevistadas, de modo a evitar a sua exposição. No que tange a realização da pesquisa, esta foi realizada a partir do segundo semestre de 2016, com o término em Janeiro de 2017.

Em termos de organização e estrutura, o trabalho apresenta-se em capítulos e secções. Inicialmente temos a introdução do trabalho, onde de forma sucinta fazemos uma breve apresentação do assunto e do tema avançado. Nesta apresentamos o objectivo principal e

específicos que mapearam a pesquisa, bem como a justificativa e a relevância sociológica que acreditamos subjazer à realização da pesquisa.

O primeiro capítulo contém a revisão da literatura. É com base nela que elaboramos e formulamos o nosso problema de pesquisa, fazendo discutir os autores, elucidando as suas contribuições e limitações. O segundo capítulo é composto pelo enquadramento teórico e conceptual, onde apresentamos a teoria e os conceitos que orientaram o nosso projecto.

O terceiro capítulo contém a metodologia, onde é apresentado o método de abordagem, o método de procedimento, as técnicas e o grupo alvo. No quarto capítulo temos a apresentação, análise e interpretação dos dados obtidos no terreno. Por conseguinte, no quinto capítulo apresentamos as considerações finais retiradas do estudo. Por fim, no sexto capítulo encontramos a bibliografia consultada para a realização do projecto e os anexos.

# CAPÍTULO 1. REVISÃO DA LITERATURA

## 1.1. Breve contextualização do fenómeno em Moçambique

Em Moçambique, segundo o MISAU, o cancro de mama é uma doença que tem estado a evoluir significativamente. No país, 8.2% de novos casos de todos os cancros na mulher são casos de cancro da mama (Sapo Notícias, 2013). Embora seja um fenómeno que tende a ganhar maior repercussão ao longo dos anos, durante a nossa pesquisa bibliográfica, verificamos que a produção de artigos científicos que abordam sobre o fenómeno é ainda reduzida. Sendo que, a maior parte das informações recolhidas, foi obtida na base de planos estratégicos e relatórios elaborados pelo Ministério da Saúde e outras instituições governamentais, artigos de jornais e ONG's.

Segundo os dados levantados no Relatório sobre a Abordagem do Desafio do Cancro em África (2013), o cancro de mama é o segundo tipo de cancro mais comum entre as mulheres no continente africano. Em 2008, estima-se que a taxa de mortalidade entre as mulheres africanas terá chegado aos 16,4% , num universo de 100.000 mulheres.

De acordo com o levantamento efectuado nos serviços de anatomia patológica do Hospital Central de Maputo, a quando da elaboração do Plano Estratégico do Sector da Saúde- PESS 2014-2019, indica-se que na Cidade de Maputo, nos períodos de 1991-2008 e 2009-2010, os casos mais frequentes de cancro entre as mulheres, foram o cancro do colo do útero (31%), o cancro de mama (10%) e o sarcoma de Kaposi (7%).

Entre os anos de 2007 e 2008, foi lançado o Plano Estratégico Nacional para a Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis, com o intuito de *“minimizar, ou eliminar a exposição a factores de risco como a obesidade e o hábito de fumar e garantir o acesso aos cuidados de saúde relacionados com as DNT’s<sup>2</sup> (Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019, P.21)”*.

Segundo os dados do registo do cancro de base populacional na cidade da Beira, o cancro da mama é a terceira (3<sup>a</sup>) causa de cancro na mulher, afectando com maior frequência, mulheres com idade igual ou superior a 40 anos (Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Não Transmissíveis 2008-2014).

---

<sup>2</sup> Doenças Não Transmissíveis



Até ao ano de 2008 segundo o estudo levantado pela GLOBOCAN (Agencia internacional para pesquisas sobre o cancro), em Moçambique estimava-se que em cada 100 mulheres com doenças cancerígenas, 8 delas estariam a padecer do cancro da mama. Esta realidade teve o seu incremento pois, segundo o Programa Nacional do Cancro, entre os anos de 2013 a 2016, houve um incremento na estimativa, passando de 8 a 54 mulheres, em um universo de 100.

As condições económicas não favoráveis à maioria das mulheres e a falta de informação, têm sido alguns dos factores para o negligenciamento desta doença. A detecção precoce associada ao tratamento apropriado é a estratégia mais efectiva para a redução da mortalidade (Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNT's, 2008). A mamografia utilizada para o rastreio, permite a detecção precoce da doença, reduzindo assim os seus índices de mortalidade. Porém, o acesso a este método continua ainda restrito, devido ao facto de tal método ser dispendioso. Como métodos de rastreio do cancro da mama em Moçambique, recomenda-se a palpação e punção aspirativa (Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo das DNT's, 2008).

No país existem algumas associações e centros criados, com o intuito de disseminar informação, promover campanhas de sensibilização e apoio as mulheres desfavorecidas, bem como de registo dos dados estatísticos referentes a doença. Entre tais organizações e associações, pudemos identificar a Associação de Luta Contra o Cancro, (ALCC). Esta associação foi criada em 2002 e visa apoiar às mulheres e homens vítimas de cancro, incluindo o da mama, por meio da mobilização de campanhas e palestras. Em entrevista para o Jornal Verdade (2010) a presidente da ALCC, Patrícia da Silva afirma que, nos anos de 2008/2009 registaram-se 240 novos casos em Maputo, dado que revela uma taxa de incidência muito alta.

No âmbito da realização de atividades relacionadas ao assunto, em 2013 é difundida a conferência sobre o cancro do colo do útero, da mama e da próstata em Moçambique, entre os dias de 21 a 23 de Julho. Esta foi uma conferência co-organizada pelo gabinete da esposa do Ex-Presidente da República de Moçambique, em coordenação com o MISAU, que contou com a participação das primeiras damas da União Africana, parlamentares, ministros da saúde da União Africana, entidades nacionais como líderes comunitários e religiosos, técnicos de vários ministérios, parceiros e ONGs nacionais e internacionais.

O objectivo da mesma visava a mobilização de recursos, para o desenvolvimento e implementação de políticas, estratégias e planos para a luta contra o cancro da mama e do colo

uterino a nível de cada país, região e a nível internacional; elevar a conscientização e o conhecimento sobre o cancro de mama e do colo uterino em África, quebrar o silêncio sobre o cancro e reduzir a estigmatização das pessoas que sofrem e vivem com cancro da mama, do colo do útero e da próstata em África (Sapo Notícias, 2013).

No âmbito de intervenções do governo em relação a mitigação, redução e tratamento das Doenças Não Transmissíveis, o Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019, tem como objectivos, a implementação em coordenação com os governos locais (municípios e cidades) e entidades empregadoras, *da prática regular de actividade física e promoção de hábitos alimentares saudáveis, através de Dias da Saúde, dias das DNT, representações teatrais, e outras formas (Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019, P.60)* .

O Plano visa também, criar uma plataforma legal, para prevenção e redução da exposição aos factores de risco das DNTs, como por exemplo o álcool, tabaco e dieta não saudável; formar profissionais de saúde e actividades destinadas a intensificar a procura de serviços. Este Plano visa de igual modo, intensificar os esforços de tratamento e prevenção dos cancros do útero e da mama, através da realização de campanhas de despiste dos cancros de útero, mama e próstata, por meio do fortalecimento dos sistemas de referência, e da disponibilização de medicamentos e tratamentos (incluindo cirúrgicos) dos cancros (Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019).

Ainda no âmbito interventivo, em 2014 em celebração do dia da mulher, segundo a página virtual da Janela Única, a empresa Mcnet lançou a campanha que visava o rastreio do cancro de mama a um total de 250 mulheres desfavorecidas, afectas aos municípios de Maputo e Matola. Estas mulheres foram seleccionadas após triagens feitas em alguns centros de saúde (Janela Única, 2014). Até ao ano de 2016, segundo a reportagem feita pelo Jornal Notícias, existiam 95 unidades com capacidade para efectuar rastreios de cancro. Contando também com 5 unidades de referência onde as mulheres com cancro são encaminhadas numa fase avançada.

Ainda no ano de 2016, em Maio, Moçambique acolheu o II Congresso Internacional da African Organization for Research and Training in Cancer (AORTIC/PALOP), que juntou Países Africanos falantes da língua Portuguesa. Neste congresso pôde-se abordar assuntos com vista a enriquecer o conhecimento científico, tecnológico e profissional, dos profissionais convidados, cientistas e entre outras mais entidades, por forma a contribuir na criação de ideias e inovações na luta contra o Cancro (Folha de Maputo, 2017).

Com os dados acima levantados podemos verificar que, o levantamento sobre os dados estatísticos, no que se refere a taxa de incidência da doença sobre todo o país, é ainda reduzida. Embora verificadas algumas atividades envolvendo palestras, planos, congressos, campanhas, levantamentos estatísticos nas últimas duas décadas, notamos que ainda existe um déficit, no que toca a divulgação da informação e do levantamento estatístico a nível de todo o país na actualidade.

## **2.2. Estudos Empíricos relacionados ao Cancro de Mama**

O cancro de mama é uma realidade cuja sua problemática, desperta o interesse de várias áreas do saber desde biológico, psicológico, social e entre outros. Nesta ordem, torna-se importante para a construção da nossa problemática analisar as várias abordagens, em particular no âmbito social, em torno do fenómeno em estudo.

Durante a consulta bibliográfica foi possível aferir algumas tendências de abordagem do fenómeno, sendo possível identificar a abordagem causal, preventiva e relacional - a mulher mastectomizada e o meio social envolvente. Nas duas primeiras abordagens, encontramos autores como: Innumaru *et al* (2011), Brown *et al* (2001), Franco *et al* (2005), Slowitz (2003), que discutem o fenómeno, analisando as possíveis causas associadas ao aparecimento da doença e da falta de maior prevenção e cuidados das mulheres, perante tal enfermidade.

Na terceira abordagem, autores como: Aureliano (2009); Marshall *et al* (2011), Marques *et al* (2012), Silva *et al* (2010), Tiedtke *et al* (2009), buscam analisar o cancro de mama sob uma perspectiva, onde a questão da doença é explorada, tendo-se em conta as emoções, sentimentos, crenças e percepções partilhadas entre o doente e o meio social envolvente. Expõe-se assim, as implicações que tal relação tende a trazer no processo de enfrentamento e cura do doente.

Segundo Innumaru *et al* (2011), o cancro de mama é o segundo tipo de cancro mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, sendo que a sua incidência tem aumentando ao longo do tempo. No estudo intitulado: *Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática*, os autores debruçam-se em analisar por meio de uma revisão sistemática da literatura, quais os possíveis factores que possam contribuir para o aparecimento da doença, bem como aqueles que possam proteger a mulher.

Dos factores de risco, os autores fazem menção a: gordura abdominal na pós menopausa, ao ganho de peso na idade adulta, a estatura e a bebida alcoólica. Em relação ao primeiro factor – a gordura abdominal, os autores afirmam que caso ocorra um excesso de gordura na zona do abdômen, originando a dilatação da circunferência da cintura da mulher a mais de 85 cm, a mulher passa por obter um factor de risco ao aparecimento do cancro de mama. A bebida é também um factor de risco, devido ao consumo do etanol. Com o seu consumo, o etanol pode agir como cocarcinogênico, prejudicando o metabolismo de nutrientes e induzindo ao estresse oxidativo.

No que se refere a estatura, de acordo com os autores, acredita-se que quanto maior for o ganho da estatura da mulher até a idade adulta, esta pode encontrar-se em situação de risco ao desenvolvimento da doença, isto porque, acredita-se que mulheres mais altas tenham sido submetidas a mais divisões celulares, estimuladas por hormônios do crescimento (que são também responsáveis no processo da formação de células cancerígenas, caso atinjam altos níveis, Inumaru *et al*, 2011). A exposição precoce do tecido mamário aos altos níveis de hormônio do crescimento, pode também contribuir para a ocorrência do câncer de mama.

Entre os factores de protecção, foram identificados: a amamentação, prática regular de actividades físicas, tanto na pré como na pós menopausa<sup>3</sup>. Com a amamentação dá-se a esfoliação do tecido mamário e de igual modo ocorre a eliminação de células que, tenham sofrido algum dano potencial no ADN (Inumaru *et al*, 2011). Quanto maior for o número de gestações e conseqüentemente maior o tempo de amamentação, maiores são as chances de redução do risco ao cancro de mama, devido a redução dos ciclos menstruais, conduzindo deste modo a redução da exposição a hormônios como o estrógeno (factor responsável também na formação de células cancerígenas).

A prática regular de actividades físicas, exerce um efeito protetor pois promove o atraso da <sup>4</sup>menarca bem como, a redução do estrógeno. Com a prática da atividade física há uma melhoria da função imune (Inumaru *et al*, 2011). As células de defesa passam a actuar com maior

---

<sup>3</sup> Ausência de menstruação por 12 meses em mulher com idade acima de 45 anos na ausência de outras causas biológicas, em consequência da falência ovariana fisiológica (Bandeira *et al*, 2009)

<sup>4</sup> Primeira menstruação da adolescente, que ocorre em média aos 12,8 anos de idade, com a diferença significativa de 12,18 anos para as áreas urbanas e 12,89 anos para as áreas rurais (Eisenstein, 2005).

eficiência na proteção do organismo da mulher. Em suma os autores consideram que a forma de prevenção do cancro, estaria ligada a amamentação e na adopção de um estilo de vida saudável, envolvendo a prática das actividades físicas, a regulação do peso e o não consumo de bebidas alcoólicas.

Ainda no âmbito da actividade física, de acordo com Da Silva *et al* (s/d), no estudo: *Exercício Físico e Mastectomia*, após a realização da cirurgia, a prática desta colabora com efeitos muito positivos no acto da melhoria de vida das mulheres. Existe uma melhoria no humor, no autocuidado e autoestima. Segundo os autores, o ombro é um dos membros mais prejudicado, devido a imobilização prolongada fruto da cirurgia. Com a prática da actividade física dá-se a redução e prevenção do linfedema<sup>5</sup> e da perda da mobilidade no ombro.

A actividade física traz benefícios psicológicos, pois reduz os efeitos adversos da cirurgia, como o *estresse prolongado, a ansiedade, depressão, insônia, isolamento social, medo da morte e entre outros* (Da Silva, s/d P.6) *''*. Deste modo, com as devidas instruções de actividades físicas as mulheres podem ter uma melhor reabilitação.

De acordo com Brown *et al* (2001) no estudo intitulado: *“the Print media coverage of environmental causation of breast cancer”*<sup>6</sup> existem também certos factores ambientais, capazes de contribuir para o desenvolvimento do cancro que são negligenciados ou pouco difundidos pela média. Há um padrão de informações que a média torna relevantes em detrimento de outras, o que faz com que certos aspectos relacionados ao ambiente e o cancro de mama tenham menor visibilidade na sociedade. Neste sentido, a média procura relacionar, às causas de desenvolvimento da doença a ideia de uma responsabilidade individual, ou seja, hábitos, costumes, e práticas desenvolvidas pelo próprio indivíduo, que lhe tornam auto responsável ao aparecimento da doença.

Ao abordar os factores ambientais de risco, os autores avançam a questão da poluição, os resíduos químicos libertados pelas indústrias e a radiação solar. Com isto, a exposição a estes factores poderia assim contribuir a modificações, sejam elas a curto ou longo prazo do organismo dos seres humanos.

---

<sup>5</sup> Aumento do volume de segmentos corpóreos causados por distúrbios do sistema linfático (Godoy *et al*, s/d).

<sup>6</sup> A cobertura da mídia sobre o ambiente nas causas do cancro de mama.

Conforme podemos verificar existe um conjunto de potenciais factores de risco à contracção da doença, alguns conforme a abordagem de Brown *et al* (2001), tendem a ser menos evidenciados ou explorados como é o caso dos factores ambientais. A maneira como os indivíduos olham para as condições de desenvolvimento das doenças, é fortemente influenciada pelo modo como eles são inculcados a olha-las. Numa análise crítica verificamos que a problemática dos factores de risco ao desenvolvimento do cancro de mama, não envolve apenas a sua identificação, mas também o modo como tais conteúdos informativos são propagados.

Nesta senda encontramos também um grupo de autores que procuram analisar, a questão do conhecimento e do nível de informação sobre esta doença, junto a diferentes grupos de mulheres.

Franco *et al* (2005), no estudo intitulado: *Conhecimento de Mulheres Sobre Câncer de Mama e de Colo de Útero*, procuram aferir qual é o nível de conhecimento das mulheres acerca do assunto. Por meio de entrevistas os autores recolheram informações de 294 mulheres funcionárias de Hospitais, escolas e professoras, entre as idades de 20 a 57 anos.

Como resultados verificou-se que, embora a maioria das mulheres (88%) tivesse o 2º a 3º grau completo, existiam ainda certas dúvidas entre elas, sobre as formas de incidência e prevenção do cancro de mama e colo do útero. Uma situação preocupante, de acordo com os autores, por se tratar de um grupo com um nível de escolaridade considerado. Entre o grupo entrevistado pôde-se encontrar, funcionárias de hospitais e professoras que são consideradas como um *“veículo potencial de transmissão de informação e conhecimento (Franco et al,2005, P.7) ”*. Embora haja certa falta de informação aprofundada sobre a doença, os autores puderam constatar que a maioria das mulheres (89,11%), procurava adotar condutas preventivas, entre elas a realização do autoexame e da mamografia. Segundo os autores o factor escolaridade tem um impacto significativo pois as mulheres com mais anos de estudo têm melhores oportunidades de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Ainda nesta senda a partir do estudo levantado por Scowitz (2003) sobre a *“Prevalência e Factores associados a condutas preventivas do Câncer de mama na Cidade de Pelotas”* constatou-se que as mulheres com melhores *status* económicos tendem a apresentar tumores mamários previamente diagnosticados, recorrendo na sua maioria a mamografia. Por outro lado, apesar da mamografia ser um dos métodos eficazes, torna-se ao mesmo tempo um método economicamente inviável, o que obriga uma parte das mulheres entrevistadas a optar pelo autoexame.

Verificamos assim que o acesso a certos métodos de detecção precoce como a mamografia, segundo Scowitz (2003) têm as suas limitações, sendo que as camadas mais benéficas seriam aquelas com melhores *status* económicos. Além da questão económica verificamos que, o nível de escolaridade aparentemente exerce alguma influência, pois grande maioria das mulheres que a têm, procura praticar condutas preventivas, como por exemplo a realização do autoexame e da mamografia.

Além deste conjunto de autores acima identificados, a nossa revisão da literatura é também composta por autores que versam analisar a doença junto ao indivíduo. Ou seja, compreender como o indivíduo doente e as pessoas a sua volta, vivenciam e reagem a esta realidade. Encontramos um conjunto de autores que busca explorar o universo de significações, onde toda a carga simbólica e cultural do doente e da sociedade é posta em discussão na compreensão da doença.

Neste âmbito encontramos o estudo de Ambrósio *et al* (2011) intitulado: *Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica*. O estudo versa compreender a vivência de familiares de mulheres acometidas pelo cancro de mama, em relação a morte. Para tal foram reunidos 13 familiares adultos de mulheres submetidas a mastectomia com diferentes graus de parentesco. Segundo os autores, existe uma gama de significados atribuídos pela família a doença, muitos destes relacionados a morte, há a percepção da doença como algo fatal de rápida evolução, algo que suscita uma profunda desconfiança quanto a possibilidade de reversão do quadro. Embora a partir de suas falas estes não ilustrem eminentemente o medo da morte, verificou-se no estudo que, tal realidade é por eles reconhecida.

Em meio a este cenário, grande parte dos familiares apontaram que mesmo com estes preceitos e significados, procuram trazer ao doente o apoio necessário para a superação de tal situação. Com o apoio e o devido esclarecimento de dúvidas por parte dos profissionais de saúde e uma rede de serviços que, provêm o devido esclarecimento sobre a doença, os familiares podem assim ter a orientação necessária na travessia desta situação.

Nesta senda segundo Marshall *et al* (2011) no estudo: *“The Considerations of Culture and Social Class for Families Facing Cancer: The Need for a New Model for Health Promotion and*

*Psychosocial Intervention*”<sup>7</sup>, é necessário que se criem serviços relacionados ao cancro que não só abranjam aos doente bem como a família. É necessário que se faça abranger esta unidade ao longo do tratamento da doente, pois, a maneira de atuação da própria família, desde a aceitação ou rejeição da doente, são questões determinantes na maneira como a mulher dá procedimento ao tratamento e superação do cancro. Muitas das reações, sentimentos e valores que carregamos, são fruto de uma cultura que é na sua maioria transmitida através da família (Marshall *et al*, 2011). Citando Marshall (2006) e Robertson & Flowers (2007) os autores afirmam que:

*“ The culture, as values, beliefs, and customs, is passed on, and enacted, through family. Consideration of culture often means consideration of family”... “the idea is that in order to understand how individuals and families seek and use cancer-related services, emphasis needs to be given to how family members are interconnected and mutually influence one another, as well as how culture is essential in the lives of individuals and families (Marshall et al, 2011, p.14)”.*

*“A cultura, como valores, crenças e costumes, é transmitida e promulgada, através da família. A consideração da cultura muitas vezes significa consideração da família “...” a idéia é que, para entender como os indivíduos e as famílias procuram e usam serviços relacionados ao câncer, é preciso dar ênfase à forma como os membros da família estão interligados e influenciam mutuamente um ao outro, bem como a cultura é essencial na vida dos indivíduos e famílias (Marshall et al, 2011, p.14)”.*

Com isto, a ênfase deve ser atribuída também aos membros da família, tomando-se em conta a cultura na qual encontram-se inseridos, envolvendo valores, crenças e significados. A percepção da doença e das suas consequências, sofre também influência pela cultura na qual a doente se encontra inserida.

Nesta senda no estudo *“Representações sociais de mulheres mastectomizada e suas implicações para o autocuidado”*, levantado por Silva *et al* (2010) os autores constataam que, a cultura influencia em muito, na maneira como percebemos a nós próprios e aos outros. Os estudo levantado tem com objectivo, apreender as representações sociais que as mulheres têm sobre a mama e que representações as mesmas têm sobre o cuidado com o seu corpo, após a realização da cirurgia. De acordo com os resultados pôde-se constatar que a mama representa para muitas mulheres um papel importante na maternidade, sendo que com a falta, dá-se a percepção da ruptura dos padrões de beleza socialmente criados, bem como o surgimento da ideia do

---

<sup>7</sup> *As Considerações de Cultura e Classe Social para Famílias Enfrentando o Câncer: A Necessidade de um Novo Modelo para Promoção da Saúde e Intervenção Psicossocial”*



rompimento ao cumprimento “*eficaz*” a certas funções, envolvendo a maternidade e sexualidade (Silva *et al*, 2010).

O cabelo comparticipa de igual modo na construção da feminidade e com a sua retirada, tal feminidade é posta em causa. A perda do cabelo pelas mulheres com o cancro, pode causar muitas vezes o seu isolamento social, visto que é cultural que o gênero feminino exiba cabelos longos e bonitos. A família é nestas situações, um elo importante na sua recuperação. O uso do lenço por uma mulher abatida é considerada pelos autores como uma objetivação que, permite a sua identificação como uma mulher com cancro (Silva *et al*, 2010). Com a mutilação, as mulheres estão susceptíveis a desencadear sintomas de depressão, devido a retirada de uma parte do corpo que em muitas culturas, desempenha uma função significativa, tanto para a sexualidade como para a construção da sua identidade.

Marques *et al* (2012), no estudo sobre: *A vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem*, constata por meio de uma revisão bibliográfica, feita nas bases de dados: LILACS, SCIELO E MEDLINE, que existe a criação de um modelo ou padrão estético a qual os indivíduos buscam na actualidade se encaixar. O corpo passa a ser um objecto de idealização, mas também um potencial alvo de estigmatização, caso não corresponda aos padrões sociais e culturalmente difundidos. O corpo e os seus atributos, representam um papel importante, na construção dos ideais sobre o ser mulher na sociedade. Onde, caso a mulher não se enquadre aos ideais socialmente estabelecidos, ocorre nela sentimentos de exclusão, insegurança e depressão Marques *et al* (2012). Porém, com o tempo as mulheres procuram meios de adaptação à nova condição.

A família e o parceiro, segundo os autores, tornam-se unidades importantes na reestruturação da integridade da mulher. Ao se sentir diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, o apoio do parceiro torna-se imprescindível, devido a protecção e segurança oferecida. Com a família a mulher recebe o encorajamento, a ajuda física e emocional, representando assim, uma rede de suporte social (Marques *et al*, 2012).

Segundo os autores, ao buscarem conviver com o corpo incompleto, as mulheres passam a usar artifícios para não expor a deficiência, visto serem uma excepção ao dito ideal de mulheres normais, que possuem mamas saudáveis (Marques *et al*, 2012). As mulheres procuram silenciar e evitar chamar a atenção, por forma a não receberem um tratamento diferenciado.

Ainda no que tange a construção social do significado do corpo feminino, Aureliano (2009) no estudo: “*And God Created Woman: reconstructing the female body in the breast cancer experience*”<sup>8</sup>, por meio de uma análise sócio histórica, procura elucidar como socialmente as ideias assentes ao corpo da mulher, foram construídos e como tal construção afecta as mulheres, quando encontram-se emergidas sob a situação da retirada da mama.

Segundo Aureliano (2009), em torno da medicina, a mulher sempre foi vista como produto do seu sistema reprodutivo, desempenhando as mamas, uma função indispensável na amamentação e nutrição dos seres humanos. Com isto, as mulheres tornam-se propriedade da profissão médica, que espera que elas se preparem e administrem a mama de modo prescrito (Aureliano, 2009).

Citando Jo Spencer (2006), a autora observa que a mama sempre esteve presente na vida da mulher desde os primeiros momentos da infância (*Apud*, Aureliano, 2009). As bonecas trazem a representação das mamas perfeitas e a televisão na média em geral, promove a criação de modelos ideais do corpo feminino (Aureliano, 2009). Porém, quando descoberto o cancro, mesmo com toda a carga simbólica que a mama representa, é colocada à mulher a questão da fragmentação de todos os valores relacionados a mama.

A atribuição de papéis sociais (dona de casa, mãe e esposa) é comprometida com o cancro de mama, abalando estas realidades na percepção das mulheres. O impacto desorganizador causado pelo cancro, demonstra como este é um momento, no qual a doença é objectivada, trazendo à tona as representações socioculturais que envolvem a doença, entre elas a morte, perda da feminidade, entre outros (Aureliano, 2009).

Contudo, segundo Aureliano (2009), a mulher procura mecanismos de adaptação, a partir do processo de ressignificação do seu corpo. A ideia de que o corpo não se resume apenas no seio, a crença da retirada do seio como um acto positivo e que lhe permitiu recomeçar a vida, uma oportunidade de aprendizado com a experiência passada, resumem os novos discursos de superação.

---

<sup>8</sup> “*E Deus Criou a Mulher: reconstruindo o corpo feminino na experiência do cancro de mama*”

No que se refere ao meio de trabalho, Tiedtke *et al* (2009) no estudo: *Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review*<sup>9</sup>, Os autores afirmam que muitas das mulheres após a mastectomia, regressam ao trabalho carregando certos medos, isto em decorrência da experiência passada. Grande parte das mulheres entrevistadas, afirma que teve o medo de ser classificada como menos competentes, na realização dos seus deveres laborais. Medo este, derivado do facto das mulheres não desejarem desapontar os seus superiores, colegas, bem como perderem as suas posições.

Neste âmbito, os autores descrevem que as mulheres não só são passíveis de receber apoio vindo dos colegas de trabalho, como também em alguns momentos estão sujeitas a actos de discriminação. Algumas destas mulheres pôde descrever alguns actos entre eles: proferimento de palavras injuriosas vindas de colegas, o olhar de desprezo, e em alguns casos a perda do trabalho (Tiedtke *et al*, 2009).

Perante a literatura apresentada, verificamos que entre autores como Silva *et al* (2010), Aureliano (2009), Marshall *et al* (2011), e Marques *et al* (2012) há uma convergência nos discursos, ao se afirmar que os valores culturais e sociais influenciam em muito no pensar e no agir da mulher face ao cancro de mama. A mama é um atributo carregado de significados culturais. Não ter uma mama não significa apenas a amputação de um órgão, significa também o desvio ao padrão socialmente estabelecido ao corpo da mulher, bem como o comprometimento aos papéis sociais a ela atribuídos.

Conforme é abordado por Da Silva *et al* (s/d), embora seja necessário a prática de actividades físicas para o bem-estar da mulher, verificamos no estudo de Silva *et al* (2010), Marques *et al* (2012), Ambrósio *et al* (2012) e Marshall *et al* (2011), que este bem estar no âmbito da reabilitação, não só está ligado na melhoria da condição física como também emocional do doente. Segundo Ambrósio *et al* (2011), Marshall *et al* (2011) e Silva *et al* (2010), a melhoria da mulher conta com o apoio familiar. O bem-estar neste caso, não se resume apenas na melhoria das condições físicas, mas também das condições emocionais da doente, sendo o apoio familiar uma condição necessária.

---

<sup>9</sup> ``Experiências e preocupações sobre "o retorno ao trabalho" para mulheres sobreviventes de cancro de mama: uma revisão da literatura``

Aureliano (2009) difere-se de autores como Silva *et al* (2010) e Tiedtke, *et al* (2009), pois esta não só descreve como à mulher é colocada a questão da fragmentação dos valores socioculturais associados a mama, como também, traz-nos os discursos de superação proferidos pelas mulheres. Embora notemos que na sua maioria, estes resumem-se em ideais abstratos (ideia da pose de um corpo normal, que não se resume a uma mama) cuja sua operacionalização a nível prático, não é ilustrada na pesquisa.

Verificamos também que existe uma limitação nos estudos dos autores, Silva *et al* (2010), Aureliano (2009), Marques *et al* (2012), Tiedtke *et al* (2009), Ambrósio *et al* (2012). Os autores explicam e expõe os diversos constrangimentos ao qual a mulher passa após a mastectomia, desde a identificação dos sentimentos que circundam a mulher, como a perda da auto estima e da confiança, os pré-conceitos socialmente atribuídos, entre eles a ideia da perda da feminilidade, a discriminação, entre outros. Porém na sua maioria tais estudos não procuram também dar ênfase a vertente da superação ou enfrentamento da mulher na sua nova condição, ou por outra, de identificar a nível prático, por meio das suas atitudes e acções, como estas procuram fazer face aos constrangimentos acima citados.

Embora Marques *et al* (2012) frise que as mulheres procuram silenciar a amputação por meio de uso de artifícios, não nos é esclarecido de forma explicita como dá-se este processo. Como e onde estas mulheres procuram executar tal prática. Aureliano (2009), apresenta-nos alguns discursos de superação da mulher à nova condição, porém como Marques *et al* (2012), não nos apresenta em suma, como tais discursos são operacionalizados a nível prático.

Consideramos os estudos acima levantados, um contributo essencial para a nossa pesquisa. O estudo de Franco *et al* (2005), permite-nos conjugar aspectos relacionados a escolaridade na compreensão do cancro. Notamos que, a escolaridade, propicia a obtenção de maiores informações sobre a doença, porém, notamos de igual modo que, este não constitui um factor *sine qua non*, para a prática dos métodos de detecção precoce. Consideramos esta uma questão interessante, que poderia constituir a base para a elaboração de futuros estudos.

De igual modo, o estudo de Innumaru *et al* (2011), trás-nos a tona alguns dos factores de protecção e de risco à mulher ao aparecimento do cancro de mama. Este trabalho também poderia constituir a base para novos estudos, podendo-se analisar este conjunto de factores,

conjugando-os a realidade moçambicana. Isto permitiria verificar a existência ou não de uma correlação, como também a possível descoberta de novos factores.

O mesmo se pode dizer das abordagens de Silva *et al* (2010), Aureliano (2009), Marques *et al* (2012), Tiedtke *et al* (2009), Ambrósio *et al* (2012), que nos permitem olhar a doença e a consequente mutilação, não só em termos patológicos, mas ilucidando os aspectos sociais. Como é ter o cancro e não ter uma, se não as duas mamas em sociedade? Como a sociedade percebe estas mulheres? Como os factores socio-culturais têm a sua interferência nesta percepção e como estes pontos interferem no processo de enfrentamento e cura da mulher? Estas abordagens trazem-nos alguns subsídios para a compreensão desta doença, por meio da análise do social pelo social, excusando-nos do modelo biomédico.

As informações obtidas, a partir dos planos difundidos pelo governo, notícias e associações, permitem-nos ter uma base de compreensão do estado da doença no nosso país. Não só em termos da incidência, como também das principais medidas e actividades que são realizadas, para a sua redução.

## **CAPÍTULO 2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL**

### **2.1 Teoria de base**

Neste capítulo procuramos apresentar o quadro teórico e conceptual que guiou o nosso trabalho. Consideramos que o corpo feminino é um corpo socialmente construído, dentro dos vários contextos e instituições sociais nas quais os indivíduos estabelecem as interacções sociais. Como tal, assumimos que a proposta teórica que melhor nos ajudará a compreender este processo de (re)construção social da imagem do corpo feminino, após a mastectomia, é a teoria da construção social da realidade de Luckmann e Berger (1978).

Luckmann e Berger (1978), ao apresentar esta teoria, procuram compreender sobre quais fundamentos assenta o conhecimento que os indivíduos têm nas suas vidas quotidianas. Segundo os autores, os indivíduos agem e pensam de modo que, tomam as suas acções e percepções como se lhes fossem pré-escritas. Algo que faz parte da sua forma de ser e de estar, e que acontece independentemente de suas vontades, desencadeando-se de modo natural. O sujeito comum, vê na realidade uma qualidade que possui uma existência exterior a ele (Luckmann e Berger, 1978). Agimos de certo modo sem nos questionarmos dos porquês de assim o fazer, pois já acreditamos que esta é a ordem natural das coisas. Neste âmbito Luckmann e Berger (1978), procuram desenvolver esta teoria com o fim de compreender, a partir de que fundamentos se dá este processo. Ou seja, como a realidade social é construída pelos indivíduos ao longo das suas vidas quotidianas?

Segundo os autores, a realidade social é construída, sobre um processo dialéctico entre a realidade objectiva e a realidade subjectiva, composta por sua vez de três momentos: exteriorização, objectivação e interiorização (Luckmann e Berger 1978). A realidade objectiva tem a ver com o processo de institucionalização, de um conjunto de elementos culturais que se traduzem em normas e regras, transmitidas através da linguagem ao longo das relações sociais. A sociedade cria as suas próprias representações, valores e símbolos que por sua vez são seguidas pelos indivíduos em forma de hábitos e normas (Luckmann e Berger 1978).

No que concerne à realidade subjectiva, esta é a parte em que o mundo social objectivo é interiorizado na consciência do indivíduo. O processo pelo qual a interiorização ocorre é o da socialização. Nesta, os indivíduos incorporam todo o conjunto de conhecimento que a sociedade lhes dispõe. Este acervo de conhecimento, representa-se em todo um conjunto de valores,

crenças, mitos, princípios morais entre outros. Esta realidade é tomada pelos indivíduos como ponto de partida para a compreensão e exploração do mundo, guiando as suas acções (Luckmann e Berger 1978). Neste processo o sujeito comum não se preocupa em questionar e perceber o que é de facto real, visto que tais factos aparecem como naturais e legítimos.

Neste âmbito podemos considerar que a forma como as mulheres desempenham e compreendem o seu corpo e os papéis sociais a ele associados, tem a ver com o modo que a sociedade as incute a pensa-los e legitima tais papéis por meio da sua institucionalização. A partir do momento em que os indivíduos objectivam e interiorizam determinada realidade, estabelece-se mutuamente o processo da sua materialização, isto é, há um tratamento social dos fenómenos de forma que estes correspondam concretamente a realidade a que se acredita existir.

O conhecimento aqui torna-se a conexão que fornece sentido ao que parece natural aos indivíduos (Luckmann e Berger,1978). Este processo encontra-se ligado a questão do contexto, pois segundo Luckmann e Berger (1978), todo o conhecimento é marcado por uma particular contextualização. No contexto de retirada da mama a mulher é obrigada a repensar sobre os valores que deverão guiar-lhe, por forma a reconhecer e interiorizar a realidade que se apresenta.

Segundo Luckmann e Berger (1978), os indivíduos são também levados a repensar na ordem dos fenómenos, sempre que algum problema acontece, ou se deparam com uma nova realidade, diferente daquela que lhes é habitual. Há o confronto entre o estoque de conhecimentos já adquiridos, com a nova situação vivenciada (Luckmann & Berger,1978). É nesta fase que se dá o processo de ressignificação e de construção de novas realidades sociais (Luckmann & Berger,1978). Além de estarem cientes do conjunto de conhecimentos adquiridos ao longo da sua socialização, o contacto com outras realidades faz com que, os indivíduos repensem no seu modo de estar e ser. Embora carreguem um estoque de conhecimento, as mulheres com a passagem da doença, tendem a reconstruir novas formas de pensar e agir diante da nova situação. Podendo-se transformar as consequências da doença, em realidades reconhecidas por elas.

Neste sentido, com esta teoria buscamos compreender como as próprias mulheres procuram fazer face aos valores e normas assentes ao seu corpo com a nova fase por elas vivenciadas. Notamos que a imagem do corpo da mulher é socialmente construída, na medida em que dentro das instituições como a família e no casamento existem valores atribuídos a esta categoria. Entretanto ao passar pela cirurgia de remoção da mama, a mulher tende a repensar os seus

valores e significados sobre o corpo, passando por um processo de reconstrução dos mesmos. É a partir desta abordagem teórica que, buscamos compreender como este processo é realizado.

## **2.2 Definição dos Conceitos**

Como conceitos usados para a pesquisa, baseamo-nos em três, nomeadamente: *Doença, Cancro de mama, Corpo Feminino e Identidade*.

### ***Doença***

Segundo Gujral (1996) a doença refere-se a todo conjunto de enfermidades, moléstias, sintomas e sinais que possam induzir a um possível diagnóstico e impede um completo bem-estar físico, mental e social do indivíduo (Gujral,1996).

Para Langdon & Wiik (2010), a doença é um fenómeno que não se encontra limitado ao organismo. Este deve ser visto e pensado junto as determinantes culturais. Uma vez que os mesmos exercem influência na formação deste conceito. Tais factores, possibilitam práticas sociais múltiplas, que determinarão peculiarmente a representação do processo saúde-doença e a sua manifestação sintomática.

Por sua vez, Brown (1990), considera a doença parte elementar para a biomedicina, ligada as anormalidades patológicas em órgãos e sistema de órgãos que, por vezes não são reconhecidas socialmente.

Podemos constatar das definições acima, diferentes posicionamentos no que se refere a definição deste conceito. A definição de Gujral (1996), procura caracterizar a doença relacionando a ideia de um conjunto de enfermidades internas ao indivíduo, capazes de causar o mal estar sobre eles. Nesta senda, tal definição assemelha-se a de Brown(1990), que procura olhar a doença estreitamente ligada ao interior do indivíduo, colocando de lado os factores de carácter social, elucidados por Langdon & Wiik (2010).

Como tal, para a discussão do nosso trabalho, optamos pela definição de Langdon & Wiik (2010), pois esta enfatiza a necessidade de se olhar a doença além da ideia de enfermidade interior ao indivíduo. O acompanhamento das doenças tanto a nível do seu desenvolvimento e superação, deve ser realizado, tendo em conta as determinantes socioculturais que a ela envolvem.



## ***Cancro de mama***

No que concerne ao conceito cancro de mama, segundo Silva *et al*(2005) o cancro de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher, ligado a factores sociais e biológicos, podendo gerar sentimentos diversos, ameaçar a integridade psicossocial e provocar incertezas quanto ao sucesso do tratamento. (Silva *et al*, 2005).

O cancro de mama é um tumor que se origina quando as células da mama começam a dividir e multiplicar de maneira desordenada, originando uma neoplasia, que ocorre tanto em homens como mulheres, sendo mais frequente nas mulheres (Innumaru, 2011).

O cancro é uma patologia que surge, quando uma célula normal modificada por uma mutação genética do ADN celular, forma um clone e começa a multiplicar-se de maneira anormal, podendo dispersar-se para outras regiões do corpo (metástase), (Oliveira *et al*, 2010).

Deste conjunto de definições, notamos que a definição de Silva *et al* (2005), tende a abordar sobre o cancro numa dimensão ligada às percepções e sentimentos provocados pela doença, nas mulheres. A autora também ilucida a existência de factores sociais e biológicos, no desenvolvimento deste fenómeno. A abordagem de Innumaru (2011) centra-se apenas em definir o cancro, numa ordem biológica, definindo-o segundo o seu processo de formação biológica. Desta feita, para o nosso trabalho procuramos nos basear na definição de Silva *et al* (2005), que não só releva a questão dos factores biológicos na análise desta doença, como também ilucida a importância dos factores ligados a vertente cultural e social.

## ***Corpo Feminino***

O corpo feminino é descrito: “*as closer to the earth and biological processes, and therefore as being less rational, the body seem irrationally autonomous and thus legitimize attempts to regulate the body without the woman’s consent*”<sup>10</sup>(Grosz, 1994, p.4) ”.

---

<sup>10</sup> “*Mais próximo a terra e aos processos biológicos e, portanto, como sendo menos racional, o corpo parece irracionalmente autónomo e assim legitima-se as tentativas de o regular sem o consentimento da mulher*”

Por sua vez Osório (2007), considera que o corpo feminino representa uma realidade a subordinação a uma cultura que faz dela apenas corpo útil, utilizado como estratégia de poder, em que a sedução do outro é um acto de poder, no caso da mulher um ser para o outro.

Destas definições podemos compreender que ambas vêm o corpo feminino, como um objecto socialmente construído e sujeito às vontades da sociedade. Porém segundo Grosz (1994), o corpo da mulher é visto como ligado aos processos biológicos, carecendo de uma racionalidade, cuja a sua legitimação e regularização pela sociedade dispensa qualquer tipo de consentimento por parte da mulher. Para o nosso estudo buscamos nos ater a definição de Grosz (1994), pois enfatiza e dá suporte a afirmação de que existe este processo de naturalização do corpo das mulheres, muita das vezes sem o seu consentimento, aos imperativos corporais, socialmente estabelecidos.

### ***Identidade***

No que tange ao conceito identidade, este é definido por Giddens (2008), como sendo um fenómeno relacionado, *“as percepções que as pessoas têm acerca de quem são e do que é importante para si (Giddens,2008, P.45)”*. Ao indivíduo, são associados atributos derivados dos grupos sociais que, estabelecem a forma como eles são semelhantes aos outros. Porém isto não o isenta de se diferenciar dos outros membros e *“criar o sentido de um «eu» único que resulta do desenvolvimento pessoal e da interacção constante de um indivíduo com o mundo exterior (Giddens,2008, P.45)”*.

A identidade em Fortes (2013), é compreendida como uma resposta para algo exterior e diferente dela, uma construção social, isto é, algo que não é formado por aspectos meramente naturais e sim pelos próprios indivíduos ao longo das suas relações, uns contra ou com os outros

Verificamos em ambas definições que, a identidade é abordada como um fenómeno socialmente construído, tendo os indivíduos um papel importante para sua legitimação. Porém para o presente estudo, buscamos nos basear na definição de Giddens (2008), uma vez que, a mesma ilucida como o próprio indivíduo não só pode interiorizar o sentido de identidade pela partilha de atributos, sentidos e significados junto a um grupo, mas também este é capaz de criar o seu próprio sentido identitário, sem que tenha de depender das características e atributos do grupo inserido.

## **CAPÍTULO 3. METODOLOGIA**

A metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na compreensão da realidade (Silva & Pinto 1989), incluindo o conjunto de técnicas que possibilitam a construção do conhecimento científico. Sendo assim, nesta fase procuramos apresentar a metodologia que guiou a realização da pesquisa. Desde o método de abordagem, o método de procedimento, as técnicas e o grupo alvo.

Para a realização desta pesquisa, orientamo-nos pelo uso da abordagem qualitativa. De acordo com Marconi (2001), os comportamentos ou atitudes dos indivíduos são produzidos dentro de um contexto social e funcional que orientam o comportamento dos mesmos. O uso da abordagem qualitativa permite trabalhar com o universo dos significados, motivações, crenças, valores e atitudes. Tendo em conta que a pretensão deste trabalho incide em aferir das mulheres como é reconstruído o conjunto de valores, significados e acções ligadas ao seu corpo, após a realização da mastectomia, acreditamos que esta abordagem seja a opção ideal para o alcance deste objectivo.

### **3.1 Método de abordagem**

O método de abordagem pelo qual o nosso projecto orientou-se, foi o método indutivo. A quando da indução *“parte-se do particular e coloca-se a generalização como um produto posterior do trabalho de colecta de dados (Gil,1989 p.29)”*, ou seja, busca-se observar as particularidades inerentes a determinados fenómenos e posteriormente com base nelas obtemos generalizações sobre os mesmos.

O uso deste método justifica-se pelo facto de considerarmos que, a partir de um grupo específico podemos obter evidências sobre um determinado fenómeno, ou seja, podemos não só compreender e captar a existência de uma conduta, mas que a mesma pode ter tendências a generalizar-se. Desta forma, com a obtenção dos dados, tendo em conta este método, podemos sugerir assim a possibilidade da generalização das condutas.

### 3.2 Método de Procedimento

Como método de procedimento, baseamo-nos no estudo de Caso. Segundo Newman (2011), este procedimento permite investigar de forma intensa um ou mais casos, focando-se em quase todos os seus detalhes. Citando Vaughan, Newman afirma que *“case studies enable us to link micro level, or the action of individuals, to the macro level or large-scale structures and processes (Newman, 2011, P.24)”<sup>11</sup>*. Como tal, este procedimento possibilita-nos, tornar visíveis os detalhes dos processos e mecanismos sociais, capazes de gerar influência aos vários fenómenos sociais.

Este método habilita-nos a estabelecer um elo entre as acções dos indivíduos, com as estruturas a eles existentes, de forma a compreender como os sistemas de normas, valores e crenças dispõem-se sobre os indivíduos e orientam as suas práticas. O estudo de caso permite-nos discutir o nosso problema, pois, dele obtemos uma compreensão detalhada e relacional do modo como as estruturas sociais, podem ser capazes de influenciar o modo como a sociedade compreende a composição do corpo feminino e por sua vez, em situação de alteração do mesmo, como a própria mulher procura reagir a mesma situação.

### 3.3 Técnicas

Como técnicas para o desenvolvimento da pesquisa, optamos no uso da entrevista focalizada. Esta é uma técnica que segundo Gil (1989), consiste em entrevistar um grupo específico de mulheres, que tenha presenciado ou vivido determinada experiência em condições precisas. O uso desta técnica possibilitou-nos o enfoque directo e preciso no grupo delimitado para a pesquisa, podendo-se obter deste modo nos seus depoimentos as respostas que acreditamos serem pertinentes para responder a problemática por nós levantada.

O pesquisador usa-se de um guião previamente elaborado que serve de eixo orientador no desenrolar da entrevista (Manzini, s/d), permitindo-nos assim avançar com a recolha de dados de forma direccionada aos objetivos traçados. Caso o depoimento da entrevistada se distanciasse do rumo desejado, podia-se orienta-la novamente ao foco da pesquisa (Gil,1989).

---

<sup>11</sup> *“Os estudos de caso nos permitem ligar o nível micro, ou a ação dos indivíduos, ao nível macro ou estruturas e processos em larga escala”*

As entrevistas foram realizadas junto ao Hospital Central de Maputo durante um período de 3 meses. Isto devido a algumas dificuldades de acesso enfrentadas no terreno, a quando da procura do grupo alvo desejado. Como tal, a selecção das mulheres foi feita, recorrendo-se ao uso da amostragem por acessibilidade, porém sem que se comprometesse os critérios de selecção previamente delimitados (Mulheres mastectomizadas e que estivessem no intervalo de idades de 25 aos 60 anos).

Para a realização das entrevistas procuramos escolher locais e horários estratégicos. Segundo informações obtidas, as consultas para este grupo de mulheres, eram feitas geralmente às manhãs. Para que pudessemos identificar a categoria de mulheres por nós traçada, contamos com a ajuda de alguns médicos que inicialmente conversavam com as mulheres, e caso estas se mostrassem disponíveis, estes responsabilizavam-se pela preparação da doente para a nossa recepção. Consideramos que a ajuda por eles prestada, foi deveras essencial para a obtenção dos dados, visto que por via destes, foi possível a aproximação bem como o reconhecimento das mulheres mastectomizadas naquele local.

### **3.4 Grupo alvo e amostra**

O nosso grupo alvo foi composto por mulheres entre as faixas dos 25 a 60 anos. Delimitamos este intervalo pois segundo autores como Silva & Riul (2011), na actualidade esta doença tem maior incidência no intervalo dos 40 aos 60 anos, porém segundo Sclowtiz *et al* (2005) cada vez mais, tem sido frequente o sem descobrimento entre a camada jovem, podendo se evidenciar casos, entre as faixas etárias dos 25 aos 40 anos (American Cancer Society,2015). Achamos interessante estudar com este grupo de mulheres, pois tal acto permitiu-nos fazer a análise do fenómeno conjugando os intervalos identificados.

Por questões de acessibilidade do grupo alvo, foi possível trabalhar com um total de 6 mulheres. Por se tratar de um estudo de carácter qualitativo e por não exigir uma representatividade numérica, centramo-nos, neste número, uma vez que a acessibilidade por parte da maioria das mulheres mostrou-se reduzida. Algo que apenas possibilitou-nos trabalhar com este número de 6 entrevistadas.

No que se refere as questões éticas, em primeiro lugar procuramos realizar as entrevistas com o consentimento das mulheres. Em momento algum procuramos avançar com o trabalho sem que houvesse uma aprovação prévia. Antes de iniciar com o processo da entrevista, procuramos

conversar com todas as mulheres de modo a esclarecer-lhes detalhadamente qual era o propósito da nossa visita e saber delas a sua disponibilidade e consentimento.

Procuramos também ter o cuidado de informar que em nenhum momento os seus nomes seriam revelados e que faríamos o uso de nomes fictícios. Procuramos incentivar as entrevistadas a apresentarem todo o tipo de dúvidas quanto ao conteúdo da entrevista, o que permitiu um ambiente favorável a uma maior abertura das mulheres para responder e comentar sobre o tema. Realizamos as entrevistas tendo em conta a disponibilidade de cada mulher, sendo que algumas preferiram ser entrevistadas em suas residências e outras entrevistas foram realizadas num jardim próximo ao hospital, com o consentimento de cada, por forma a evitar que se sentissem expostas ou constrangidas.

Caso as mulheres não se sentissem confortáveis para responder certas questões, procuramos não avançar e ao fim da entrevista entregávamos o guião para que elas pudessem conferir se o que captamos da entrevista condizia com o que teria sido dito.

### **3.5. Constrangimentos no processo da pesquisa**

Ao longo do processo de recolha de dados, obtivemos alguns constrangimentos, entre eles, a acessibilidade das mulheres para responderem as entrevistas, o que comprometeu o tempo de recolha de dados e obrigou-nos a estar no terreno mais que o previsto. Havia-se delimitado o prazo de dois meses, o que não foi possível concretizar, prolongando-se até ao terceiro mês. De princípio, nas primeiras semanas, éramos tratados com um pouco de indiferença por parte de alguns serventes e enfermeiros do hospital, mesmo com as credenciais a mão, muitos deles não se mostravam dispostos a ajudar-nos a aceder ao nosso grupo alvo.

As entrevistas nas primeiras quatro semanas haviam sido programadas para serem feitas no período de manhã junto ao hospital, entre as 12 horas às 14 horas. Porém todas elas foram sem sucesso, pois muitas das mulheres não mostravam-se disponíveis. Como tal, passamos a fazê-las às primeiras horas, antes do início das consultas, ou logo após as mesmas, ou seja das 7 horas às 8 horas, e das 12 horas às 14 horas. O processo da nossa apresentação às entrevistadas era feita pelo médico e variou entre o período da manhã – antes das consultas e de tarde- após as consultas. De referir, que a sua presença era apenas, no momento da nossa apresentação, de modo a não interferir ou influenciar as respostas dadas pelas pacientes. Em certos momentos, as

mulheres duvidavam se realmente tratava-se de um trabalho universitário. Como tal, era necessário apresentar o cartão de estudante e as credenciais, com vista a garantir que as mesmas se sentissem mais confortáveis e seguras para a entrevista.

## **CAPÍTULO 4. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS**

Nesta fase procuramos apresentar as informações obtidas no terreno, ou seja, os dados recolhidos a partir das entrevistas efectuadas. Como tal, os dados estão agrupados em secções, o que permite uma maior compreensão e clareza em relação aos objectivos traçados para a pesquisa.

### **4.1. Perfil Sócio demográfico das mulheres entrevistadas.**

A pesquisa empírica do presente trabalho foi efectuada no Hospital Central de Maputo, onde foram entrevistadas 6 mulheres. De forma a conhecer o perfil sócio demográfico destas, recorreremos aos seguintes dados: idade, estado civil, nível de escolaridade, religião e ocupação/profissão. Com o intuito de preservar a integridade e privacidade das mulheres entrevistadas, procuramos ocultar os nomes verdadeiros, usando nomes fictícios.

*Tabela 1. Dados demográficos*

<b>Nome</b>	<b>Idade</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Nível de escolaridade</b>	<b>Religião</b>	<b>Ocupação</b>
Ana	27	Em união de Facto	N. Superior Completo	Cristã	Secretária
Clarice	29	Separada	N. Médio Incompleto	Atea	Vendedora informal
Berenice	31	Em união de facto	N. Médio Completo	Cristã	Administrativa
Matilde	34	Em união de facto	N. médio Incompleto	Cristã	Doméstica
Vania	36	Em união de facto	N. Médio Completo	Cristã	Desempregada
Carla	38	Casada	N. Médio Completo	Cristã	Administrativa

Conforme verificamos na tabela acima, no que tange a idade, foi possível obter um grupo de entrevistadas com idades compreendidas entre os 27 aos 38 anos. A idade média registada foi de

32 anos. Deste grupo, quatro delas viviam em união de facto, uma era casada e uma separada. Em termos de escolaridade, três concluíram o ensino médio, uma concluiu o ensino superior, duas têm o ensino médio incompleto.

No que se refere a religião, verificamos que cinco delas professavam a religião cristã, e uma afirmara não professar alguma religião. Em termos de ocupação, uma realizava trabalhos domésticos não produtivos financeiramente, uma era vendedora informal, uma encontrava-se desempregada, uma trabalhava como secretária numa instituição privada e as restantes duas desempenhavam a função de administrativa, uma numa instituição de carácter privado e outra pública.

Deste conjunto de dados é possível verificar que a maioria das mulheres entrevistadas, professa a religião cristã, sendo que em termos de escolaridade, a maior parte concluiu o ensino médio, e em termos de ocupação a maioria realiza trabalhos financeiramente remuneráveis.

#### **4.2. Nível de informação das mulheres sobre o cancro de mama**

Nesta secção procuramos identificar qual é o nível de informação que as mulheres tinham antes da descoberta da doença, por forma a compreender como a questão cancro de mama era tratada pelas mulheres. Isto é, se existia alguma preocupação das mulheres na busca pela informação e cuidados sobre a doença, que informações as mesmas teriam e a partir de que meios elas as obtinham.

Em relação a informação sobre o cancro, a maior parte das mulheres afirmara já ter ouvido falar, a partir dos meios de comunicação, entre eles a televisão, rádio e redes sociais (Facebook e Whatsapp). Quando questionadas sobre o que sabiam acerca da doença, a maioria das mulheres afirmara que pouco entendia da mesma, isto porque não tinham informações aprofundadas. Em muitos dos casos a falta de interesse, constituía a principal causa da falta de informação. Porém após a descoberta da doença, este cenário convertera-se. Com o diagnóstico, grande parte das mulheres afirmou passar a ter maior cuidado e procurar mais informações sobre o assunto.

*“Já, ouvi na rádio, aqui também no Hospital quando vinha fazer controle da minha primeira grávida... o interesse nunca é aquele quando você sabe que não tem a doença ... Agora que passei por isso gosto de me informar... Conhecer o inimigo nem? (Matilde, 34anos com Nível Médio incompleto)...”*



*..Ouço dizer.. já vi no Facebook, na internet... Esta é uma doença que mata, mas se tens o cuidado, segues as indicações podes sobreviver.. esse é o meu caso!... Antes da doença sabia de algumas coisas, sabia que o cancro é um caroço que aparece na mama e que pode se espalhar.. que é hereditário... (Ana, 27 anos, com Nível Superior completo).*

Quando questionadas sobre os métodos de detecção precoce do cancro, a maior parte das mulheres afirmou já ter ouvido falar. Sendo o autoexame o método mais citado. Estas informações teriam sido obtidas a partir dos meios de comunicação como: a televisão, rádio e hospitais. Porém, quando questionadas sobre a prática de tais métodos antes da descoberta da doença, grande parte afirmou que não procurava realiza-las apontado o desinteresse, a distração, o medo da doença, o medo da perda do trabalho, do lar, a associação da doença à morte, como as principais causas.

*...Eu já ouvi falar dos métodos, na televisão, no hospital... antes de ter a doença já conhecia o método para apalpar as mamas mas não procurava fazer.. era por desinteresse, na verdade acho que era medo... Mas quando você passa pela doença até médica você se torna.. Acabas sabendo um pouco de tudo (Carla, 38anos, com Nível Médio Completo).*

*...A minha sobrinha teve a doença por isso sempre estive atenta... fazia o autoexame por vezes.. eu fui atrás das informações.. mas não era aquela coisa..Eu tinha medo, no fundo se calhar tinha medo de perder muitas coisas, emprego, não me quererem... (Ana, 27 anos com Nível Superior completo).*

Verificamos neste ponto que embora as mulheres tenham níveis de escolaridade diferenciados, a sua maioria afirma já ter ouvido falar da doença. Porém, conforme verificamos, mesmo com alguma instrução e conhecimento sobre a doença, a importância dada a mesma, era de menor relevo antes do seu diagnóstico. O nível de informação tornou-se maior após a sua descoberta. O interesse pela obtenção de informações por parte das mulheres, é aparentemente maior em casos de diagnóstico por algum membro da família. Porém mesmo com tal situação, a prática e aderência aos métodos de detecção precoce continuou a ser um acto por elas negligenciado.

Antes do diagnóstico, a maior parte das mulheres pouco aderiu a prática dos métodos, e o nível de informação sobre os vários tipos de métodos era reduzida. Neste ponto podemos constatar que, ainda que grande parte das mulheres tenha alguma instrução escolar, este aparentemente não é um factor determinante para a realização de práticas preventivas.

Entre os vários motivos mencionados pelas mulheres à não aderência aos métodos de detecção precoce, pôde-se identificar: o medo da morte, a falta e o desinteresse na busca pela informação acerca de tais métodos, bem como o medo de não ter a mama.

Conforme abordam Silva *et al* (2010) e Aureliano (2009), constatamos que na percepção da doença, factores culturais têm o seu espaço e são legitimados pelas mulheres. Não realizar o autoexame é uma condição legitimada pelas mulheres, devido ao conjunto de crenças e valores sobre o seu corpo que lhes são inculcados ao longo da socialização. Com isto, podemos constatar que, embora existam os meios de comunicação e instituições, que difundem informações sobre a doença, aparenta que o impacto destes para a conscientização da mulher sobre a gravidade da doença é ainda reduzida.

#### **4.3 Mecanismos usados pela mulher no processo de reconstrução da sua vida no quotidiano, após a realização da mastectomia**

Nesta secção procuramos aferir como as mulheres após a retirada da mama, desenvolvem as suas actividades no quotidiano. Como é o seu dia a dia no convívio com os familiares, amigos e colegas após a realização da mastectomia, ou seja, quais as percepções e práticas por elas desenvolvidas no espaço privado bem como público no decorrer da nova condição.

De acordo com os dados recolhidos, foi possível identificar quatro categorias de análise, sendo elas: *A mulher mastectomizada e a sua imagem corporal* ; *A mulher mastectomizada na família*; *A mulher mastectomizada em espaços públicos*; *A mulher mastectomizada na sua relação conjugal*.

##### **4.3.1 A mulher mastectomizada e a sua imagem corporal**

Quando questionadas sobre a percepção da imagem do seu corpo tendo em conta a mutilação sofrida, muitas mulheres afirmaram que após a cirurgia passaram por sentimentos de vergonha, e olhavam-se como deficientes, tomando o corpo como algo que lhes fosse estranho. A falta da mama passou a comprometer com várias actividades desde domésticas à laborais, gerando-lhes insegurança sobre o seu futuro quer seja no lar, no serviço e entre outros. A maioria das mulheres afirmara que nos primeiros dias, era-lhes difícil olhar-se ao espelho devido ao medo e a insatisfação que tal imagem causava.

*.. Nos primeiros dias eu tinha medo até de me olhar no espelho..Eu como mulher não me sentia a vontade com o meu esposo a me ver naquele estado...Eu ficava triste.. o tratamento foi longo e fiquei muitos meses sem ir ao serviço...Eu me sentia mal com tudo..Haviam dias em que chorava mas não tinha o que fazer.. Isso podia me fazer parar de trabalhar....Mas depois de um tempo tu acabas por te habituar..aos poucos.. (Berenice, 31 anos, com Nível Médio completo).*

Conforme abordam Luckmann e Berger (1978), as biografias dos indivíduos se inscrevem e se localizam dentro de um espaço institucional. Existe um conjunto de regras, incluindo atributos, que cabem ao indivíduo apresentar e consolidar. Com a nova condição, verificamos que a mulher, passa por um conjunto de questionamentos sobre a sua posição dentro da sociedade.

*...Eu sou uma pessoa vaidosa... sabe o que é olhar-se e do dia para a noite não ter mama? Imagina como era nos primeiros dias...eu sou mulher, não me sentia mais bonita, a mama não é o meu rosto, mas faz parte do meu cartão postal...Com o trabalho de secretária tudo no meu corpo funciona..e sem mama?? Como ficamos? É difícil não pensar nessas coisas nos primeiros dias.. você ensaia, você viaja para sair.. Eu sou mulher... Claro que ficas envergonhada.. você nem sabe o que pensar direito (Ana, 27 anos, com Nível Superior completo).*

*Desde há muito aprendi que a mulher tem que se valorizar, as mamas não podem estar caídas, elas conquistam...sem elas ficas mal, dói! (Matilde, 34anos, com Nível Médio incompleto).*

Podemos verificar a partir dos depoimentos, como dá-se o processo de objectivação daqueles que são os ideias e pré-conceitos socialmente estabelecidos ao corpo da mulher. Conforme Luckmann e Berger (1978) abordam, os conhecimentos que obtemos são interiorizados a partir da socialização. É nesta, onde por meio da linguagem e da interacção cara a cara, aprendemos a interiorizar regras e normas (Luckmann e Berger, 1978). Conforme verificamos, as mulheres são inculcadas, ao longo da vida e das suas experiências quotidianas, a dar importância a mama. Esta é classificada ou, simbolizada como um meio de conquista, de prazer e um elemento necessário, para a composição da beleza. Valoriza-la não só passa a constituir um hábito, como é também uma regra a seguir.

*``Uma mulher sem mama? Ninguém aceita com bons olhos..Nem eu aceitei! As pessoas são más.. Perdi muitas coisas, eu perdi muita coisa minha linda... Não é só a mama que vai, vai parte da tua beleza, da tua segurança como mulher, é assim querida... (Vania, 36 anos, com Nível Médio completo)``.*

Conforme afirmam Luckmann e Berger (1978), ao longo da socialização, o indivíduo acumula conhecimentos que permitem-no criar tipificações, ou seja mecanismos de classificação de si e dos outros. A afirmação da falta da beleza, do receio do convívio com outras pessoas é aqui, uma forma de tipificação de si e do seu corpo, como elementos desajustados do ideal. Após a cirurgia, o ideal do belo e do corpo normal para estas mulheres, passa a estar comprometido, criando nos primeiros momentos, a concepção da pose de um corpo deficiente. O corpo para a mulher passa aqui, a ser percebido como um vínculo, se não, um meio de aceitação social, onde a deficiência, incide como um factor comprometedor.

#### ***4.3.2 A mulher mastectomizada na família***

Neste ponto procuramos perceber como tem sido o relacionamento da mulher nesta nova condição com os seus familiares. Que possíveis implicações a cirurgia poderá ter causado e quais os possíveis meios de superação adoptados pelas mulheres. No decorrer da recolha de dados, muitas das mulheres afirmaram que, parte da família desempenhou um papel fundamental no processo de recuperação da doença, conforme explica uma das entrevistadas.

*“... Tive muito apoio da minha família, chegou uma altura que eu queria desistir..Mas eles me apoiaram, principalmente a minha mãe que sempre me acompanhou nas consultas (Carla-38 anos, com Nível Médio Completo).*

*“... Nos primeiros dias depois de tirar a mama, tinha vergonha e medo da reacção das pessoas se me vissem assim, não só, também sentia dores...Mas agora, saio a vontade, não tenho medo, sei que não estou mais doente a minha família me ajudou muito.. não preciso me esconder...(Carla, 38 anos, com Nível Médio Completo )”.*

Nestes depoimentos podemos confirmar o aspecto levantado nos estudos de Silva *et al* (2010), Ambrósio *et al* (2010) e Marshall *et al* (2011). O apoio da família é fundamental, para a recuperação da doente tanto no âmbito físico como emocional. O processo de cura da doença, não reside apenas na capacidade do doente reagir e seguir as prescrições e recomendações médicas, como também na capacidade de encontrar um ambiente favorável à sua recuperação.

Na realização das actividades domésticas a maioria das mulheres afirmaram que, depois de se recuperar da cirurgia, continuou com os seus a fazeres, entre eles: cozinhar, lavar e varrer, mas reduziram o exercício de algumas actividades, principalmente aquelas que envolviam o carregamento de pesos. Uma vez que pois não podiam realizar muito esforço.

*“Continuo a fazer as actividades, varro, cozinho mas não como antes, por que me canso rápido. Mas quando me canso as minhas cunhadas me ajudam.. Já não posso carregar meus filhos, lavar...As minhas cunhadas fazem por mim (Matilde, 34anos, com Nível Médio incompleto).”*

Segundo Luckmann e Berger (1978) a construção da realidade é um processo contínuo. Perante novas situações, o indivíduo pode passar por momentos de ruptura a processos de socialização, que em grande parte são operacionalizados em rotinas (Luckmann e Berger,1978). As rotinas que muitas das mulheres estavam acostumadas- lavar, carregar pesos, carregar as cianças-, passam por um processo de reconstrução e crítica, uma vez que tais actividades não cabem mais, ou sustentam a sua condição actual.

Conforme verificamos, no regresso a algumas das actividades citadas, grande parte das mulheres teve de re-elaborar a forma de tratamento dos seus a fazeres domésticos, passando a contar com o apoio dos familiares, em situações que exigissem o carregamento de peso, ou em momentos de cansaço. No entanto, conforme verificamos, a maioria das mulheres não se ateu a estes constringimentos, procurando sempre realizar as actividades que fossem possíveis. Isto é, a mutilação afetou-lhes fisicamente, porém isto não significou o seu cessar no cuidado do lar. Conforme verificamos nos depoimentos, a mama não resume a totalidade do corpo da mulher (Aureliano, 2009).

Das mulheres entrevistadas, nenhuma delas tinha filhos com idade de amamentação, por isso não foi possível colher delas como esta actividade era concebida na actual situação.

Em relação a discriminação, grande parte das mulheres afirmou que embora tenha recebido apoio de uma parte da família, houve também espaço para situações de discriminação no seio familiar.

*...já fui discriminada pelos meus irmãos, outros tinham até medo da comida que eu fazia... de sentar ao meu lado.. houve um dia em que estava a cozinhar e o meu irmão estava em casa, ele disse para a minha cunhada não tocar na comida que tinha feito.. (Berenice,31anos, com Nível Médio completo)”*.

Quando questionadas sobre a sua reacção, a maioria das mulheres afirmou que como meio de defender-se e superar esta situação, procuravam distanciar-se dos familiares que as discriminavam.

*...Eu com esse meu irmão preferi não me relacionar mais... já estou a quase que 5 anos sem falar com ele...é melhor assim, minha família são os que me apoiaram... Prefiro assim(Berenice,31anos, com Nível Médio completo)”.*

Conforme os depoimentos, verificamos que a renúncia ao convívio com pessoas que as discriminam é um meio de enfrentamento da situação pelas mulheres. Recusar-se a partilhar os mesmos espaços físicos, significa para esta mulher um ganho no que tange ao seu bem estar. No depoimento, constatamos também, existir um processo de ressignificação do conceito família. A família para estas mulheres, não se encontra representada por laços sanguíneos, e sim, pela afectividade e apoio dos seus membros.

#### ***4.3.3 A mulher mastectomizada no espaço público***

Nesta categoria, procuramos descrever e compreender como tem sido o *modus vivendi* da mulher mastectomizada em espaços públicos como: na igreja, festas, na rua e no local de trabalho. No âmbito da ocupação profissional, uma das entrevistadas afirmara ter parado no momento de trabalhar e as restantes continuaram a exercer as suas actividades. Quanto aos locais acima referidos, grande parte das mulheres afirmou que ao sair para festas, ao mercado, igreja, procuravam esconder a deficiência, optando pelo uso de sutiãs com enchimento, fatos de banho, camisolas, e entre outros.

*..Quando vou as festas prefiro por camisolas, ou então ponho fatos de banho e sutiãs com enchimentos. As minhas mamas não são muito grande, são médias, por isso, dá para esconder... (Ana,27 anos com Nível Superior completo).*

*... As vezes vejo como alguns colegas que sabem da doença me olham, eu sou secretária e não posso estar de qualquer maneira, recebo pessoas de vários lugares e não posso apresentar-me assim... ponho panos para encher o sutien.. ou compro aqueles que já vêm com a esponja.. Tenho de comprar aqueles com enchimento porque me ajudam a esconder (Ana,27 anos com Nível Superior completo).*

Verificamos no depoimento acima que, existe uma grande importância dada pelas mulheres, à imagem que elas transmitem sobre o seu corpo em diversos locais, principalmente aqueles em que a sua aceitação, aparentemente depende da imagem corporal que apresentam.

A materialização desta preocupação é dada a partir uso de estratégias como: compra de sutiãs com enchimentos, camisolas, fatos de banho, entre outros. Estas estratégias passam a ser uma forma que elas adoptam para superar os constrangimentos advindos da doença, demonstrando também como se preocupam com o seu bem-estar estético.

Por outro lado, com estas acções, pôde-se captar que, embora as mulheres busquem a automotivação e crença da posse de um corpo normal, as determinantes socialmente estabelecidas sobre a normalidade do corpo feminino, ainda exercem influência sobre o seu pensar e agir. O uso das estratégias acima referidas, acaba sendo também, um reconhecimento consciente ou não, de que a sua crença sobre esta ideia é ainda socialmente posta em causa.

Conforme afirmam Luckmann e Berger (1978), o indivíduo não nasce como um membro da sociedade, este torna-se, por meio dos vários processos de socialização, que por sua vez determinam o seu modo de ser e estar em sociedade. Existe uma realidade suprema que está além do indivíduo, a realidade subjectiva, contendo regras e valores que se supõe que o indivíduo, ao nascer, já as encontre, cabendo a ele o dever de as cumprir. A coerção social tem a função de estruturar as acções do indivíduo, mesmo que seja contra a sua vontade. Com isto notamos que as estratégias usadas nestes contextos, são também um meio de reconhecimento das regras e valores socialmente construídos sobre o corpo feminino.

Ao questionar as mulheres sobre situações de discriminação ou exclusão em espaços públicos, a maioria afirmara que já tivera passado pela situação, com pessoas do seu local de trabalho, na rua e entre outros locais públicos.

*No serviço também, durante o tempo que estive em recuperação, o meu chefe cortou-me o salário sem razão... Um dia estava a chover fui dar-lhe a guarda-chuva, me expulsou, disse “saí.. saí.. saí daqui.. levei a minha guarda chuva e fui embora, não respondi, fui forte não lhe dei o gosto de ver as minhas lágrimas (Berenice, 31anos, com Nível Médio completo)”.*

*Já fui discriminada na rua, até mesmo no hospital, as pessoas olham-te com medo, pena... Quando voltei a trabalhar estava para perder o emprego por causa desse meu chefe, fui a direcção, havia um senhor que gostava de mim.. sabia da minha situação...quando ia, usava sempre uma roupa que via-se que não tinha mama..eles me ajudaram e ainda estou a lutar para ter o salário dos meses que cortaram (Berenice, 31anos, com Nível Médio Completo).*

Conforme é abordado por Luckmann e Berger (1978), ainda que haja o desejo de redifinição das regras e valores assentes na sociedade sobre o corpo da mulher, este é questionado, ou por outra, refutado pela existência das sanções. As sanções neste caso, podem ser resumidas, pelos actos de discriminação, desprezo e as ameaças de despedimento que muitas das mulheres sofrem. Com isto, há aqui a necessidade das mulheres apresentarem-se de acordo com as regras que socialmente são impostas, recorrendo assim ao uso das táticas acima identificadas.

Verificamos também que, as mulheres procuram manipular a sua imagem a seu favor, dependendo do contexto e situação vivenciada. Em situações de discriminação e exclusão social a atribuição da categoria de pessoa deficiente, não só permite que as mulheres, retraiam, respondam e superem situações destas, como também se torna um meio estratégico na consecução de alguns objectivos e interesses. Há aqui o processo de ressignificação do seu corpo na medida em que as mulheres não olham para este como socialmente “*anormal*” e sim um corpo que as permite alcançar algum benefício.

Conforme verificamos nos depoimentos, a maioria das mulheres já passou por situações de discriminação, mas ainda assim, pôde-se constatar que a sua maioria não se ateu a tal situação. Além de fazer uso da sua deficiência para a consecução de certos interesses, constatamos que elas procuram por meio da ignorância, distanciamento e ameaças de denúncias à instituições e a polícia, superar e retrair tais situações.

*.. Quando me abusam, se é para te bater eu bato...Eu sei que a pessoa não pode me responder da mesma forma, porque se tentar, eu mostro o meu cartão de saúde e ameaço, se tentar fazer algo perde razão, meto o caso na polícia (Berenice, 31anos, com Nível Médio completo).*

*... lembro-me que fui a uma festa, em que estavam algumas vizinhas que sabiam da minha doença.. via que durante a festa só falavam de mim.. tem vezes que te cansas disso..fui parei em frente delas olhei e fui embora.. ficaram envergonhadas...isso fez com que pelo menos a minha frente não continuassem com aqueles olhares e a falarem... Mas muita das vezes prefiro mesmo ignorar isso para o meu bem.. (Ana ,27 anos com Nível Superior completo).*

*... tem vezes em que voce se cansa de se esconder, toda hora, pôr sutiã com esponja.. ephah cansa! Quando vais fazer compras as vezes encontras aqueles marginais que basta reparar nisso te insultam.. passa e ignora.!.. já não levo as coisas a peito o que importa é saber que estou viva (Ana ,27 anos com Nível Superior completo).*



#### **4.3.4 A mulher mastectomizada na sua relação conjugal**

Quando questionadas se na relação conjugal, continuavam com os maridos após a descoberta da doença, uma das mulheres afirmou que o marido a abandonou devido a doença, porém as restantes mantinham-se nas relações conjugais.

Quanto a relação íntima nesta nova situação, uma parte das entrevistadas, afirmara que no início, existia algum receio de se expor perante os seus parceiros. Porém depois de algum tempo, voltaram a sentir-se a vontade com eles, por meio da adopção de táticas para superar os constrangimentos da falta da mama.

*... Depois da operação, fiquei muito tempo sem estar com o meu marido.... Comecei a seguir os conselhos das minhas irmãs e passei a ficar de sutiã quando fosse para dormir.. Até agora não é muito fácil. mas não é como não nada (Matilde, 34anos, com Nível Médio incompleto).*

Verificamos aqui, que para as mulheres a mama não é apenas um símbolo de feminidade como também é um símbolo importante para a satisfação do prazer para ambos.

*... Eu e o meu esposo ainda estamos juntos, ele não me abandonou. Eu não estou morta, de noite não tenho vergonha de tirar roupa em frente dele... Fazemos um pouco de tudo...Até, agora para lhe mostrar como sei das coisas, faço-lhe bem sexo oral, e até conheço novas posições (Carla, 38anos, com Nível Médio Completo).*

*... Meu esposo gosta de mim assim como sou... estamos juntos já ha 14anos e já passam 6 anos que operei.. na cama não temos vergonha de nada, no inicio tinha mas depois passou.. Fazemos tudo o que temos direito... (Vania, 36 anos, com Nível Médio completo).*

Neste depoimentos verificamos que, embora as mamas sejam uma parte importante na satisfação do prazer, estas não são de todo um factor determinante para a sua existência. Com o uso das estratégias citadas, as mulheres criam novos cenários que permitem-nas continuar com a sua vida sexual.

A realidade para estas mulheres, passa a ser reconstruída, a partir do momento em que estas interiorizam novas formas de estar e pensar o seu corpo. As mulheres passam a viver à luz das várias estratégias mencionadas. Pôr o sutiã com o enchimento por exemplo, passa a ser uma estratégia e conseqüentemente uma regra seguida pelas mulheres para que possam desenvolver

as suas actividades no local de trabalho e na sua intimidade. A realidade subjectiva avançada por Luckmann e Berger (1978) é assim criada a partir do momento em que as estratégias descritas são prescritas e reconhecidas como realidades que ocupam um lugar no seu quotidiano.

Conforme é abordado por Luckmann e Berger (1978), existe um estoque de conhecimento que permite ao indivíduo agir mediante as várias situações do quotidiano, porém quando encontrado em situações novas que confrontem este estoque, o indivíduo busca resignificar os seus conhecimentos, dando-se o processo da criação de novas realidades, conforme podemos verificar no depoimento abaixo:

*Desde há muito aprendi que a mulher tem que se valorizar, as mamas não podem estar caídas, elas conquistam.. As minhas sempre foram grandes desde o tempo que era jovem.. Depois da doença até que tentei mudar.. passei a ficar de sutiã quando fosse para dormir... (Matilde, 34anos, com Nível Médio incompleto)*

*Eu sei como as mamas são importantes na relação... A mama da mais prazer... é bom não é? quando comesas a namorar aprendes a ficar mais bonita.. sabemos que as mamas também contam. Se não porque íamos fazer roupas com decote, começar a usar o sutiã quando elas caem?...As coisas mudam mas tens de dar um jeito... agora para lhe mostrar como sei das coisas, faço-lhe bem sexo oral, e até usamos novas posições (Carla, 38anos, com Nível Médio Completo).*

A partir destes depoimentos verificamos que, embora a mama seja parte essencial para a satisfação do prazer, conforme é abordado por Silva *et al* (2010), e que anteriormente a cirurgia, contribuísse no estímulo à prática da relação sexual, a maioria das mulheres não se ateu a tal situação, procurando reconstruir os ideias assentes ao seu corpo e investindo em outras formas de prazer, entre elas o sexo oral e em novas posições sexuais.

## CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objectivou compreender como é feita a reconstrução da vida quotidiana das mulheres mastectomizadas, após a realização da cirurgia de retirada da mama. Verificamos que, após a cirurgia, a maioria das mulheres passa por um conjunto de transformações envolvendo a componente física e emocional. As experiências traduzidas nos depoimentos das mulheres puderam ser analisadas, tendo em conta a subjectividade que cada uma carrega.

Verificamos ao longo deste trabalho que, a alteração da imagem corporal é uma condição que coloca em causa as crenças, os hábitos e costumes anteriormente vividos pelas mulheres, estando elas sujeitas na sua maioria a passagem por momentos de depressão, redução da auto estima e autoconfiança. No entanto, constatamos que embora existissem estes constrangimentos psicológicos, a maioria das mulheres voltou a exercer as suas actividades no quotidiano. Ainda que certas práticas, hábitos e costumes tivessem de ser repensados e reconstruídos. Em situações de dificuldades no exercício de actividades, como por exemplo as do lar, elas buscam o auxílio dos familiares.

O cancro de mama é ainda uma realidade pouco conhecida ou negligenciada pelas mulheres. Embora grande parte das mulheres afirme já ter ouvido falar sobre o mesmo, a adopção de medidas de detecção e conscientização sobre a gravidade da doença é ainda reduzida. Ainda que existam meios de comunicação e socialização como a televisão, rádio, hospitais e redes sociais (que procuram veicular e propagar conteúdos informativos sobre a doença), aparenta que tais meios, ou o impacto destes para a conscientização das mulheres sobre a sua gravidade, é ainda reduzido. Consideramos este um ponto que pode contribuir na elaboração de futuras pesquisas, ligadas à investigação do papel dos meios de informação e das instituições de socialização, na conscientização das mulheres sobre a gravidade do cancro.

Embora apresentassem níveis de escolaridade diferenciados, verificamos que este não constituiu um factor determinante para a aderência aos métodos de detecção precoce por elas enunciadas. Quase todas as mulheres teriam conhecimentos sobre a doença e sobre os métodos de detecção precoce, sendo o autoexame o método mais referenciado. Porém a não realização de tais práticas estaria ligada a factores como: o medo da doença, a sua associação a morte, o medo da perda do trabalho, do lar e do trabalho. Tal como Silva *et al* (2010) apresentam, a doença não só compromete o bem estar da mulher como também compromete o seu modo de vida. Verificamos a partir destas percepções, que as mulheres compreendem que o cancro de mama não só pode

comprometer com a aparência física como também, tais consequências teriam implicações sobre as suas actividades no dia a dia.

A doença, envolvendo as diferentes fases, desde o seu diagnóstico à recuperação pós cirúrgica, não só afecta as mulheres acometidas, como também abre espaço para situações de discriminação. Nestas situações verificamos que, grande parte das mulheres, procura manter o distanciamento físico ou usar da própria doença para intimidar às pessoas que cometem estes actos. Constatamos que existe uma manipulação da sua imagem à concepção de “*pessoa deficiente*”, e com isto a consequente intimidação, caso as pessoas continuem praticando tais actos.

O ser mulher para a maioria das entrevistadas, perpassa questões relacionadas ao seu sexo, envolvendo questões culturais intricadamente ligadas ao seu corpo e os atributos. Ser mulher para estas mulheres, é ser uma boa esposa, ter um corpo atraente, com mamas que esbanjam a sensualidade e o prazer, saber cuidar do lar e da família. Porém, com a chegada da doença, esta carga de pré-conceitos e significados é posta em causa. Há uma necessidade da mulher repensar a si e ao seu corpo, tendo em conta, estes ideais que socialmente são a ela atribuídos. Há a necessidade da adequação a nova realidade apresentada.

Esta adequação é dada através do uso das estratégias citadas ao longo do trabalho. As mulheres compreendem a importância da mama na consecução dos ideais e papéis a elas estabelecidos. O convívio com os demais passa a ser condicionado pelo uso de certas roupas. O cuidado do lar é mantido, porém sob uma maior precaução e cuidado em relação a actividades que exijam o carregamento de pesos.

Verificamos de igual modo, que a nível da intimidade com o seu parceiro, as mulheres procuram manipular a situação a quando do acto sexual, criando novos cenários por forma a que o prazer, se mantenha tanto para elas como para o seu parceiro. Elas demonstram assim, que o seu papel social como esposa, no que toca a intimidade não é de todo, abalado pela ausência de uma das mamas.

A partir dos dados levantados pudemos confirmar a hipótese levantada no início deste trabalho pois, verificamos que as mulheres consoante os contextos e situações, procuram manipular a sua imagem, com o intuito de superar, tirar vantagens sobre os constrangimentos advindos da cirurgia, como também serem aceites e inseridas em certos contextos.

Ao contrapormos a teoria com os dados recolhidos, verificamos haver uma correspondência. A teoria pôde ler a realidade apresentada, na medida em que, a partir dos depoimentos levantados pudemos conferir que existe um processo de reconstrução da vida no quotidiano destas mulheres. Mesmo com os valores inculcados ao longo da socialização, elas procuram associar tais valores à novas práticas. Constatamos assim que, a não existência deste símbolo não determina o sucesso do cumprimento dos seus papéis sociais, continuando a mulher a exercer os papéis sociais de mãe, trabalhadora, dona de casa e esposa.

## **BIBLIOGRAFIA**

ARENDDT, Hannah. **A Condição Humana**. Forense Universitária, 2010. Rio de Janeiro.

BANDEIRA, Francisco *et al.* **Endocrinologia Básica e Diabetes**. 2ª Edição, Medbook Editora Rio de Janeiro, 2009.

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas: “**A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento**, 4ª edição, Editora Vozes, Rio de Janeiro, 1978.

DA SILVA, Elizabete, *et al.* **Exercício Físico e Mastectomia**. Porto Alegre, (s/d).

DURKHEIM, Emile. **As Regras do Método Sociológico**. 6ª ed. São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1971.

GIDDENS, Anthony . **Sociologia**. 6ª ed., Fundação Calouste, Lisboa, 2008.

GIL, António. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 2ª ed., Atlas, São Paulo, 1989.

LAKATOS, Eva & MARCONNI, Marina. **Metodologia do Trabalho Científico**. 7ª ed, atlas, 2008.

MACAMO, Elísio (2004). **A Leitura Sociológica: um manual introdutório**. Maputo: Imprensa Universitária.

MARCONI, Marina. **Metodologia Científica: Para o Curso de Direito**. 2ª ed., Jurídico Atlas, São Paulo, 2001.

MOORE, Stephen, **Sociologia**. Publicações Europa America, 1995.

NEUMAN, W. Lawrence. **Social Research Methods**. 7ª ed., Pearson, 2011.

SILVA, Augusto Santos & PINTO, José Madruga. **Metodologia Das Ciências Sociais.** 3ª ed, Edições Afrontamento, Porto, 1989.

SOARES, Edvaldo. **Metodologia Científica** : Lógica , Epistemologia e Normas . 1ªed. Atlas Editora, 2003.

### **Artigos**

AMBRÓSIO, Daniela *et al.* **Vivências de Familiares de Mulheres com Câncer de Mama: Uma Compreensão Fenomenológica**, *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 27 n. 4, Out-Dez 2011, pp. 475-484.

ANDRADE, Ângela & DUARTE, Tânia. **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade**, *Estudos de Psicologia*, 2003.

AURELIANO, Waleska. **And God Created Woman : reconstructing the female body in the breast cancer experience**. *Rev. Estud. Fem.* vol.17 no.1, Florianópolis Jan./Apr. 2009.

BROWN, Phil *et al.* **Print media coverage of environmental causation of breast cancer**, *Sociology of Health & Illness*, Vol. 23 No. 6, 2001.

DA SILVA, Sílvio, *et al.* **Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Setembro, 2010.

EISENSTEIN, Evelyn. **Adolescência: definições, conceitos e critérios**. *Rev. Adolescência e Saúde*, Vol. 2 n° 2, Abr/Jun, 2005.

FRANCO, Maria Aparecida, *et al.* **Conhecimento De Mulheres Sobre Câncer De Mama E De Colo Do Útero**. *Paidéia*, 2005, Pp.409-416.

FORTES, Carolina. **O Conceito de Identidade: considerações sobre a sua definição e aplicação ao estudo da História Medieval**. *Revista Mundo Antigo*, V.2, n°04, Dezembro, 2013.

GODOY, José, *et al.* **Linfedema: Revisão da Literatura**. *Universitas Ciências da Saúde*. Vol.02, n° 2. (s/d), Pp-267-280.

GUJRAL, L. **Doenças mais prevalentes na área de saúde em Bagamoyo**. Revista Medica de Moçambique. Vol.7, n°34, Maputo,1996.

INNUMARU, Livia & Silveira, Érika. **Factores de risco e protecção sobre o câncer de mama**.Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, Julho, 2011.

LANGDON, Esther Jean & WIJK, Flávio Braune. **Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, mai-jun 2010.

MARQUES, Tatiane & OKAZAKI, Egle. **Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem**. Rev Enferm UNISA. 2012.

MARSHALL, Caterine *et al.* **The Considerations of Culture and Social Class for Families Facing Cancer: *The Need for a New Model for Health Promotion and Psychosocial Intervention. Families, Systems, & Health***, Vol. 29, No. 2, 2011, Pp- 81–94.

MCGUIRE, Andrew & BROWN, James *et al.* **Effects of Age on the Detection and Management of Breast Cancer**. Open Acess Cancer, Maio, 2015.

SCLOWITZ, Marcelo. **Prevalência e Factores associados a condutas preventivas do Câncer de mama na Cidade de Pelotas**, Pelotas, 2003.

SEGA, Rafael. **O conceito de Representação Social nas Obras de Denise Jodelet e Serge Moscovici**. Anos 90 , Porto Alegre , n°13, Julho, 2000.

VASCONCELOS, Ana Paula.**Câncer de Mama: Mastectomia e suas Complicações Pósoperatórias– *Um enfoque no Linfedema e na Drenagem Linfática Manual***.(s/e), (s/d).

SANTOS, Daniela *et al.* **Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura**. Saúde Soc, V.23, n°4, 2014.



OSÓRIO , Conceição. **A Socialização Escolar : Educação Familiar e Escolar e Violência de Gênero nas Escolas**. Outras Vozes , nº 19, Maio, 2007.

REGIS, Malena & SIMÕES, Sonia. **Diagnóstico de Câncer de Mama: Sentimentos, Comportamentos e Expectativas de Mulheres**. Revista Electrónica de Enfermagem, V.07, nº01, Pp.81-86, 2005. Disponível em: [WWW.Fen.Ufg.br/revista.htm](http://WWW.Fen.Ufg.br/revista.htm).

TIEDTKE, Corine *et al.* **Experiences and concerns about ‘returning to work’ for women breast cancer survivors: a literature review**. Wiley InterScience, October 2009.

### **Artigos de Jornal**

DICK, Jorge. **Isaura Nyusi Comprometida no Combate ao Câncer**. *Sapo Notícias*. 1 de Agosto de 2016. Disponível em: <http://noticias.sapo.mz/aim/artigo/590515102012.html>. Acessado a 01 de Novembro de 2016.

JORGE, Luísa. **DOENÇAS CANCERÍGENAS/HIV/Sida mudou o padrão de ocorrência dos câncros**. **Domingo**. 06 de Novembro de 2016. Disponível em: <http://www.jornaldomingo.co.mz/index.php/sociedade/8425-doencas-cancerigenashiv-sida-mudou-o-padroao-de-ocorrencia-dos-cancros>» Acessado a 07 de Dezembro de 2016.

MATSINHE, Muhammad. **Casos de Câncer do Colo do Útero mantêm-se altos em Moçambique**. *Sapo Notícias*. 15 de Outubro de 2012. Disponível em: <http://noticias.sapo.mz/aim/artigo/1121930108201.html>. Acessado a 01 de Novembro de 2016.

MATSINHE, Muhammad. **MOÇAMBIQUE ACOLHE SÉTIMA CONFERÊNCIA SOBRE CÂNCRO DO ÚTERO EM 201**. *Sapo Notícias*. 24 de Julho de 2012. Disponível em <http://noticias.sapo.mz/aim/artigo/570024072012190056.html>. Acessado a 28 de Janeiro de 2017.

\_\_\_\_\_, **Moçambique acolhe II Congresso Internacional sobre Cancro.** *Folha de Maputo*. 23 de Maio de 2016. Disponível em: <<http://www.folhademaputo.co.mz/pt/noticias/nacional/mocambique-acolhe-ii-congresso-internacional-sobre-cancro>>. Acessado a 10 de Março de 2017.

MONDLANE, Danúbio. **Cancro da mama: Moçambique regista alta taxa de incidência,** *Verdade*. 01 de Novembro de 2010. Disponível em: <http://www.verdade.co.mz/saude-e-bem-estar/15090-cancro-da-mama-mocambique-regista-alta-taxa-de-incidencia> . Acessado a 30 de Outubro de 2016.

Organização Mundial da Saúde. **Moçambique Acolhe Conferência Africana Sobre o Cancro.**(s/d). Disponível em: <http://www.afro.who.int/pt/mocambique/press-materials/item/5732-mo%C3%A7ambique-acolhe-confer%C3%Aancia-africana-sobre-o-cancro.html>. Acessado a 31 de Outubro de 2016.

JANELA ÚNICA ELCETRONICA. **Campanha de diagnóstico gratuito de cancro da mama.** Maputo, 21 Abril 2014

## **Planos**

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Estratégico do Sector da Saúde PESS 2014-2019.** Maputo, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano Estratégico Nacional De Prevenção E Controlo Das Doenças Não Transmissíveis Para O Período 2008-2014.**

## **Relatórios**

União Africana. **Relatório sobre a Abordagem do Desafio do Câncer em África.** 22-26 Abril, 2013.

## ANEXO

### *I. Guião de Entrevista*

**Universidade Eduardo Mondlane**

**Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

**Curso: Sociologia (Laboral)**

Bom dia/Boa tarde, chamo-me Virginia Joaquim Muxlhanga e sou estudante da Universidade Eduardo Mondlane, afecta a Faculdade de Letras e Ciências Sociais, licenciando o 4<sup>a</sup> ano do curso de Sociologia. No âmbito da realização do trabalho do final do curso, encontro-me a desenvolver uma pesquisa intitulada: **“Mavele”**: **Do diagnóstico do Cancro de mama à (re)construção da vida quotidiana das mulheres mastectomizadas**. O principal objectivo desta pesquisa, centra-se em compreender a forma pela qual as mulheres procuram reconstruir a sua vida nos diversos contextos no seu dia a dia, após a passagem pela cirurgia. Deseja-se descrever, deste modo, como tem sido o dia a dia das mulheres, na realização de actividades, quer sejam do lar ou do trabalho e no convívio com pessoas no local de trabalho, em casa ou em locais públicos.

Considero o seu depoimento, muito importante para que se possa atingir os objectivos desta pesquisa e trazer à sociedade maiores conhecimentos sobre esta doença e do quotidiano das mulheres acometidas por ela.

Com vista a preservar a sua integridade e privacidade, informo que o seu nome não será revelado em nenhum momento na pesquisa, optando-se pela criação de um nome fictício.

Agradeço antecipadamente pela sua contribuição

Entrevista n.º \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/2016

Hora de Início \_\_\_\_\_ Hora de término : \_\_\_\_\_.

Status da entrevista:

Completa \_\_\_\_\_

Incompleta\_\_\_\_\_

**Secção I. Perfil Sócio demográfico das mulheres pós-operadas, frequentando o Departamento de Oncologia do Hospital Central.**

1. Idade? \_\_\_\_\_

2. Estado Civil?

2.1 Solteira\_\_\_\_\_ 2.2 Casada\_\_\_\_\_ 2.3Divorciada\_\_\_\_\_ 2.4Viúva\_\_\_\_\_ 2.5 Vive em união de facto\_\_\_\_\_

3. Tem filhos?\_\_\_\_\_

3.1 Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

4. Nivel de escolaridade

4.1 Que classe concluiu?\_\_\_\_\_

5. Qual é a religião que professa?\_\_\_\_\_

6. Qual é a sua ocupação/profissão? Especifique, que actividade exerce\_\_\_\_\_

**Secção II- nível de informação sobre o cancro de mama, antes da sua descoberta.**

5. Já havia ouvido falar do cancro de mama?\_\_\_\_\_

O que sabia acerca desta doença?\_\_\_\_\_

6.Onde obteve estas informações?\_\_\_\_\_

6. Que métodos de detecção precoce do cancro de mama conhecia?\_\_\_\_\_

Se sim praticava algum dos métodos? Qual?\_\_\_\_\_

Se não? Pode descrever-nos o porquê? Ou por outra, os motivos? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

8. Como descobriu que tinha o cancro de mama? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Antes de descobrir, procurava ir ao médico para fazer consultas de modo a saber se poderia desenvolver esta doença? -

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Já teve casos de câncer de mama na família?

\_\_\_\_\_

**Secção IV- Mecanismos usados pela mulher no processo de reconstrução da imagem do seu corpo, após a cirurgia de retirada do seio**

Após a retirada do seio, como sentia-se quanto ao seu corpo? Em termos da estética? Pode explicar-nos qual a sensação que teve nos primeiros dias ao se olhar ao espelho? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Após a retirada do seio, continua a trabalhar?

\_\_\_\_\_

Os seus colegas tem conhecimento da cirurgia realizada? \_\_\_\_\_

Se sim, como eles tratam-na durante o exercício das actividades no serviço?

---

---

---

---

Se não, como faz para que eles não saibam? \_\_\_\_\_

---

---

Após a cirurgia, existem actividades que teve de parar de fazer no serviço?

---

Se sim, pode descrever-nos quais? \_\_\_\_\_

---

---

---

Perante tais dificuldades, tenta fazer alguma coisa para superar essa situação? \_\_\_\_\_.

Se sim, como? \_\_\_\_\_

---

---

Alguma vez, já foi discriminada ou excluída devido ao estado em que se encontra?

---

Se sim, pode dizer-nos onde e como foi? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Como reagiu a esta situação?-

---

---

---

---

Em casa, ainda realiza todas as actividades domésticas que eram de sua responsabilidades, antes da operação?\_\_\_\_\_

Se não, pode descrever-nos quais as actividades que enfrenta dificuldades para realizar?

---

---

---

---

Faz algo para superar essa situação, ou deixa que as coisas permaneçam, tal como se apresentam (continua vivendo com as dificuldades diárias, ou procura supera-las)?

---

---

---

---

---

Consegue vestir-se normalmente em frente ao seu esposo? Não tem algum receio ou se sente constrangida por ele o ver agora nesta nova etapa?\_\_\_\_\_

---

A falta de uma mama na sua situação actual, tem sido um problema a quando da troca de intimidades com o seu parceiro?(A vossa intimidade manteve a mesma?)

---

---

---

---

Se sim, faz alguma coisa para superar esta situação? (Como?)\_\_\_\_\_

---

---

---

---

Se tiver filhos, consegue cuidar deles do mesmo jeito como antes? Enfrenta algum tipo de dificuldades?\_\_\_\_\_. Se sim, pode especificar-nos

quais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Faz algo para superar esta situação? Se sim, pode explicar-nos como? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caso, deseja comentar algo sobre o questionário, por favor, sinta-se a vontade.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

MUITO OBRIGADA!