



1

## **O CORPO MASTECTOMIZADO: SUBJETIVIDADE E SEXUALIDADE**

Simone Ganem Assmar Santos

Doutoranda do Programa de Pós- Graduação em Família na Sociedade

Contemporânea da Universidade Católica do Salvador

E-mail: siganem@ gmail.com

### **1 INTRODUÇÃO**

O corpo é o vetor semântico pelo qual a evidência da relação com o mundo é construída (LE BRETON, 2009, p. 7)

**ESTRANHA AO CORPO:** o cenário e a cena.

Ano de 1974. Último ano da minha graduação em medicina. Atuando naquele período como interna de um hospital especializado em oncologia, no setor de ginecologia e mastologia, tornei-me, por força do treinamento acadêmico exigido, co-responsável por alguns dos leitos desse setor. Co-responsável, porque ainda não havia terminado o curso médico, de modo que estava subordinada aos meus professores e, evidentemente, seguia a orientação por eles traçada. Em uma manhã de trabalho, ao fazer a minha rotina de visita às pacientes que estavam sob os meus cuidados, deparei-me com uma cena impactante. Assim a descreverei segundo as minhas “notas de campo” feitas à época:

Quarto de um hospital na cidade do Salvador-Ba. Uma mulher estava sentada na sua cama, cabisbaixa, gemendo e chorando sem parar. Havia se submetido a uma cirurgia para retirada da mama, por ter tido um diagnóstico de um câncer, tinha feito uma mastectomia há cinco dias. Tentei conversar com a paciente, mas não obtive resposta, nem mesmo a cabeça ela levantou para me olhar. Os gemidos e o choro continuavam. Consultei o seu prontuário médico e observei que ela não relatara qualquer tipo de dor física para as enfermeiras; também fui por elas informada que a paciente estava bem no dia anterior, mas que, ao acordar naquele dia, se recusara a falar e/ou a se relacionar com qualquer pessoa. As enfermeiras estavam tensas com o caso, e comigo não foi diferente. Afinal de contas, como interna do hospital e com a obrigação de cuidar dessa paciente, senti que tinha de fazer alguma coisa por ela, apesar da minha pouca



2

experiência no papel ora exercido. Porém, nada consegui. Ela continuava muda apática, e acompanhada pelos seus gemidos. Diante da minha total impotência, solicitei às enfermeiras que mantivessem contato com o médico plantonista, para que ele pudesse fazer uma abordagem com mais fundamento e, com isso desse alívio à dor da paciente. Continuei o meu trabalho por toda a manhã, visitando outros leitos, mas a imagem daquela mulher não se desvencilhava da minha mente. Mais tarde voltei ao seu quarto e a encontrei dormindo. Constava em seu prontuário que tinha feito uso, por ordem médica, de uma medicação antidepressiva, e que dormiu após a medicação. Lembro-me de que em sua ficha médica, dentre outras constatações feitas pelo médico plantonista, estava escrito: paciente acometida de uma “síndrome histérica”.

Apenas para ilustrar, é importante que se defina o que significa uma síndrome. Este vocábulo tem sido entendido como um conjunto de sinais e sintomas observáveis em vários processos patológicos diferentes e sem causa específica, ou melhor: é um estado doentio, cujos sintomas inespecíficos apresentam várias causas. Por outro lado, é igualmente importante descrever que a histeria é definida como uma psicose onde os conflitos emocionais inconscientes surgem na forma de grave dissociação mental, ou como sintomas físicos, independente de qualquer patologia orgânica conhecida. Etimologicamente, o termo *hystéra* significa útero, daí ser ela uma doença essencialmente feminina. A noção dessa doença tem a sua data na Grécia Antiga, com Hipócrates, e a sua explicação era dada por uma antiga teoria, a de que o útero vagava pelo corpo e isso causava uma disfunção uterina. Charcot, um neurologista francês do século XIX, começou, então, a pesquisar uma síndrome muito difundida entre as mulheres daquela época, a chamada histeria. Como objeto de estudo, a sua pesquisa tinha várias mulheres que sofriam de ataques de paralisia e distúrbios da fala acompanhados, geralmente, de intensa agitação física. Não havia uma causa para este adoecimento, e Charcot, ao estudar tais manifestações, lançou mão da hipnose, método pelo qual ele sugestionava suas pacientes pela fala, conseguindo, muitas vezes, desencadear artificialmente os sintomas os quais, no estado de vigília, se manifestavam mais sutilmente.



3

Posteriormente, Freud entusiasmado com o que presenciou junto a Charcot, no Hospital Salpêtrière, durante os anos de 1895 e 1896, adotou esse método no tratamento de algumas das suas pacientes, e com o uso da técnica das associações livres ele buscou o acesso às lembranças mais remotas das mulheres histéricas. Por conseguinte, percebeu que os conteúdos dessas lembranças apresentavam-se, em grande parte, geralmente disfarçados, “recalcados na consciência” das suas pacientes. Freud presumiu estar no plano sexual à causa daquelas reações. Com base nas suas investigações, junto com Joseph Breuer, também médico, publicou, em 1895, *Estudos sobre a histeria*, uma clássica coletânea de casos que é considerada por muitos estudiosos da psique como o marco do nascimento da psicanálise. Desse modo, ele começou a desenvolver o trabalho da “cura pela fala”. E, entre o divã e a fala, anotava as experiências do dia-a-dia, os sentimentos e os sonhos dos pacientes, trazendo à tona os dramas do inconsciente. Freud entendia que, ao tornar consciente um distúrbio neurótico, este se dissolvia no ar.

Deixando por ora a psicanálise, e voltando à minha paciente, fiquei intrigada, e mesmo com a minha então ignorância em caso como este, o diagnóstico não me satisfez. No dia seguinte (como que guiada por uma forte intuição, ou mesmo por um enorme complexo de culpa por não ter tido subsídios profissionais para cuidar do caso), voltei a visitar a doente, embora não estivesse escalada para as visitas naquele dia. Ao chegar ao seu quarto, o quadro era um pouco diferente do dia anterior. Ela continuava sentada na cama, agora sem a companhia dos gemidos e/ou do choro, mas com a fisionomia que denotava uma tristeza profunda. Não sei o que me levou a tocar na sua mão e a perguntar: “*o que posso fazer por você?*” Penso que essa foi a senha para o começo de um diálogo, o qual mantivemos por quase três anos, tempo em que ela viveu “*carregando a sua cruz*”, como se expressava no seu linguajar. Nominarei aquela mulher de Maria. E como tantas outras Marias que passam por essa doença, ela expressou sua dor com a seguinte mensagem: *preciso ser ouvida*. Lembro-me, com detalhes, deste caso, apesar dos 35 anos que já se passaram – logicamente não poderia reproduzir fielmente o nosso diálogo, entretanto posso destacar o que de fato fez sentido no desabafo daquela Maria, devido ao impacto que ele me causou. Maria expressava o medo de voltar para o seu lar, o confronto com o marido após a operação, pois, segundo ela, o seu companheiro não



4

estava aceitando ficar com uma mulher sem o “peito”. Expunham-se ali, claramente, o seu medo e a sua angústia frente à possibilidade de ser abandonada por aquele homem, o qual não estava entendendo a sua dor. A dor descrita por ela era sem dúvida, muito mais moral do que física. Estava, de fato, apavorada com a volta ao “lar” e expressava-se dizendo que sabia que ia ser mais uma mulher abandonada por conta da “*doença maldita*”. Mencionava com muita tristeza a sua condição física, dizendo que tinham arrancado o seu peito, referindo-se à mama como o órgão que simboliza a mulher, por isso não sabia o que ia ser dela daquele momento em diante. Reclamava que tentava conversar com as pessoas, porém elas não a ouviam, não a escutavam, e que sempre era interrompida por alguém que dizia também já ter passado por problemas com o marido. Para ela, entretanto, o problema não era com o marido, e sim com o seu “novo” corpo, agora ferido e mutilado. Denotava um sentimento de incompreensão generalizado sobre o seu problema corporal explicitando que a sua vida estava acabada, pois sexualmente não mais podia responder como mulher. A paciente chorava muito ao relatar a sua dor, e eu a ouvia. Ela enfatizava, a todo o momento, o seu sofrimento deixando clara a sua condição de “mulher mutilada”, rejeitada agora em consequência da sua nova situação corporal.

Diante daquela dolorosa exposição, pensei imediatamente no diagnóstico formulado para aquela paciente por um profissional – este que foi mais um a não ouvi-la - contentando-se em medicá-la e rotulá-la dentro de uma classificação patológica. Tinha sido subestimada sua condição feminina, sua sexualidade, e nem ao menos se pensou sobre o sentido ou mesmo no destino dos seus desejos. Pensei nos estudos de Freud, pois, no currículo médico constava a disciplina psiquiatria. Assim, por conta da psiquiatria fui ler um pouco sobre histeria; entretanto, também naquela época pouco entendi sobre essa síndrome, talvez pela ignorância na minha formação médica ou ainda por não ter sido esse o meu objeto de estudo. Contudo, naquele momento, ficou claro para mim que o que importava era poder fazer algo por aquela mulher. Percebi que a ponte e o caminho para isso estariam na minha disposição em ouvi-la, em escutá-la e sentir a sua dor. E, ao intuir que a dor externada por aquela Maria não era uma dor advinda apenas de uma “síndrome histérica”, e que, como a histeria, aquela dor também vinha de recônditos profundos, por conseguinte só poderia ser conectada por



5

intermédio de uma relação. Kierkegaard (1979, p.195) fala sobre o modo de funcionamento em que se deve processar a relação:

Numa relação de dois termos, a própria relação entra como um terceiro, como unidade negativa, e cada um daqueles termos se relaciona com a relação, tendo cada um existência separada no seu relacionar-se com a relação; assim acontece com respeito à alma, sendo a ligação da alma e do corpo uma simples relação. Se, pelo contrário, a relação se conhece a si própria esta última relação que se estabelece é um terceiro termo positivo, e temos então o eu (KIERKEGAARD, 1979, p. 195).

Com o passar do tempo, o nosso diálogo tornou-se mais íntimo, estava estabelecida a empatia entre nós. A nossa conversa, como mencionei anteriormente, continuou por quase três anos, tempo em que se deu o desfecho da sua vida, vitimada que foi pelo câncer. Durante todo aquele período, nos inúmeros tratamentos aos quais ela se submeteu, eu a acompanhei, ouvindo-a e conversando sobre as suas dores, agora, porém, não mais apenas como médica ginecologista, mas sim como uma mulher médica que, por conta talvez daquela Maria, estabeleceu para si o exercício do “ouvir” na sua caminhada profissional. Maria continuava a me procurar. Contava que sentia vergonha de conviver com o seu corpo mutilado e falava que era um corpo “*estranho à sua pessoa*”, que ele não lhe pertencia, pois enquanto sua mente tinha desejo de sexo, seu corpo lhe negava essa condição. Havia um constrangimento explícito quando eu tentava conversar com ela sobre a sua vida sexual e, na maioria das vezes, ela não dava continuidade quando o assunto recaía sobre tal tema. Naquele período, ela não se sentia bem no convívio social, pois o olhar dos outros a incomodava. A cabeça desnuda e coberta por um lenço pelos efeitos da quimioterapia era um sinal estigmatizante impossível de não ser notado. A dor, a mutilação, o abandono, a exclusão social, a rejeição, o medo da morte eram assuntos constantes em nossos encontros. Por conta de tudo isso, Maria buscou conforto na religião, assimilando crenças até então desconhecidas, segundo os seus relatos. No fim da sua vida (talvez, por ter vivido uma experiência religiosa), Maria conseguiu aceitar melhor o seu corpo, apesar de sempre se sentir “*uma mulher diferente das outras*”, porquanto morava em um corpo que já não era mais o seu e isso, no seu olhar e no seu sentir, a desabilitava para os prazeres do sexo. Assim, Maria vivia o conflito entre a vergonha e o desejo, já que o seu corpo desfigurado, segundo ela, a impedia de viver o seu feminino.



6

A mama feminina é o órgão que simboliza a maternidade, a nutrição, a sexualidade, a feminilidade. Por conseguinte, as consequências advindas de uma mastectomia nos mostram que o corpo humano é portador de significados e representações sociais os quais são reflexos da cultura em que o sujeito está inserido. Nas sociedades ocidentais, capitalistas e consumistas, a exemplo da nossa, a mulher “*sem o seu peito*” - expressão usada constantemente pela nossa paciente -, sofre um processo de exclusão pelas relações de poder de que a sociedade se apodera, domina e legitima, sendo assim muito comum esse sentimento do se “sentir excluída”. Helman (2006, p.38), ao falar sobre desabilidade e estigma, mostra que tem sido muito comum, em muitas sociedades, os antropólogos descreverem como são estigmatizadas, logo, sujeitas a preconceitos e discriminações, as pessoas com formas físicas – em relação ao tamanho e às funções corporais – diferentes do padrão estipulado por essas sociedades. E vai além quando afirma que, “embora o corpo desabilitado não seja um corpo doente essas pessoas enfrentam uma série de desvantagens sociais”. No seu sofrimento, Maria já previa essa situação. Não é difícil, portanto, compreender os medos, a angústia, e a solidão que a perseguem, quando, da constatação da sua volta ao mundo social, ou seja, à sua família, à sua sexualidade, à sua exclusão, enfim ao seu mundo real.

Mesmo já tendo acesso a uma gama de informações daquela Maria, algo ficou no ar na compreensão desse caso, e em uma das nossas conversas, perguntei a ela sobre “os gemidos”, se estes eram comuns em sua vida; ela respondeu que não, e que nem mesmo lembrava como se deu o fato naquele dia, no hospital; contudo, imaginava que os gemidos tinham sido a única maneira de “*botar para fora*” a revolta que sentia. Dizia ainda que quando estava muito desesperada, lembrava-se deles, dos gemidos, e da maneira como a informei sobre o fato. Nota-se, nesse caso, que naquele momento de dor a memória se fez ausente para recordar como o fato aconteceu, porém foi tão marcante que, segundo a paciente, vem à tona para ela nos momentos de angústia e de desespero, quando se enxerga na sua condição corporal inferior.

## **2 O FEMININO E A SEXUALIDADE**



7

Foucault (2009, p 174) admite que em cada época, em cada cultura e em cada sociedade há uma ação sobre o corpo, fazendo surgir os modelos corporais diferenciados e novos padrões de beleza e de sensualidade, bem como de saúde etc., que forneceriam modelos de comportamento para a constituição dos homens e das mulheres. E é, segundo ele, sobre esse corpo que as obrigações e as limitações se impõem. Ele nos lembra ainda que, embora saibamos que somos compelidos a obedecer aos ditames da sociedade, podemos nos opor a esse saber - poder monárquico, isto é, dominante:

E devemos pensar que um dia, talvez, numa outra economia dos corpos e dos prazeres, já não se compreenderá muito bem de que maneira os ardis da sexualidade e do poder que sustêm seu dispositivo conseguiram submeter-nos a essa austera monarquia do sexo, a ponto de votar-nos à tarefa infinita de forçar seu segredo e de extorquir a essa sombra as confissões mais verdadeira (FOUCAULT, 2009, p. 174).

Por conseguinte, é notória a questão entre o poder e o saber no pensamento foucaultiano. Ao se referir sobre a repressão sexual, Foucault (2009, p. 11) critica o conformismo da psicanálise, quando esta, ao explicar as causas da repressão, toma como pressuposto a época clássica, notadamente o século XVII, admitindo ser a repressão o modo fundamental de ligação entre poder, saber e sexualidade. Sob essa ótica, a explicação dada era de que se, desde a época clássica, a repressão foi o modo fundamental de ligação entre poder, saber e sexualidade, esta somente poderia ser liberada a um preço considerável. Contudo, para isso seria necessário que as leis fossem transgredidas, que as interdições fossem suspensas, que o prazer fosse restituído ao real e que passasse a vigorar uma nova economia dos mecanismos de poder. A lógica foucaultiana se sustenta tanto na história quanto na política, uma vez que a preocupação com o corpo feminino não é novidade – ela data de alguns séculos atrás – e fez parte de uma estratégia importante para a constituição do modelo familiar burguês, que foi característico da modernidade, e que modelou e adestrou o corpo da mulher. Naquele período da história, a mulher era a peça-chave do modelo de produção e reprodução e, dentro desse modelo, elas ocuparam o lugar de esposa e de mãe. Essa era a concepção do feminino que vigorava não somente entre a família, mas também entre a sociedade de um modo geral e entre as ciências, como é o caso dos discursos médicos daquela época, que descreviam o corpo feminino como um corpo pleno de sexualidade, o qual era ameaçador naquele contexto e, portanto, devia ser monitorado e regulado



8

constantemente. Para Foucault (2009, p. 12) o sexo e seus efeitos não são tão fáceis de serem decifrados, mas, por outro lado, não há dificuldade alguma em analisar a sua repressão, pois esta foi protegida pela história e pela política. Para explicar tal afirmativa, ele menciona que o direito de falar do sexo encontra legitimidade quando esse discurso está ligado a uma causa política, e a história também entra como patrocinadora, porque o sexo “se inscreve no futuro.” Para ele é impossível negar que entre o sexo e o poder, a relação não é de repressão, e quem assim afirmar estará incorrendo em um “paradoxo estéril”, desde quando isso iria de encontro “a toda a economia, e a todos os interesses discursivos que a sustentam” (FOUCAULT, 2009, p. 14).

Machado (2006, p.167), ao se referir à produção teórica dos primeiros quatro livros de Foucault em relação à história da sexualidade, defende que foi a partir daí que “abriu-se um novo caminho para as análises históricas dos saberes”. Desencadeia-se, então, um novo questionamento nos estudos de Foucault. Desse modo, sem negar o seu passado, ele passa agora também a indagar quais as formas e as modalidades da relação, por intermédio da qual o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito de uma sexualidade, e toma como espaço ou como modelo de referência e investigação para esses estudos aquilo que poderia chamar de “história do homem de desejo.” (Foucault, 2007, p. 11) e a sexualidade para ele passa a ser entendida, como uma entre as várias modalidades históricas pelas quais vivemos a experiência de nos constituirmos como sujeito. Ao lançar mão da história, na sua teoria, o propósito não era o de estudar comportamentos e/ou as condutas e as práticas sexuais, mas que seu interesse se detinha “na noção tão cotidiana e tão recente da sexualidade: tomar distanciamento em relação a ela, contornar sua evidência familiar, analisar o contexto teórico e prático ao qual ela é associada”. (Foucault, 2007, p. 9). Ao recuar no tempo, busca o que existe de semelhante e de diferente na modernidade. No seu passeio histórico, surgiu a dificuldade de analisar a formação e o desenvolvimento da experiência da sexualidade, a partir do século XVIII, sem se abster de criticar o desejo e o sujeito desejanste. Logo, era pertinente que para isso ele lançasse mão de uma “genealogia”. Foucault deixa claro que o seu interesse recaía na análise das práticas pelas quais os indivíduos tiveram que prestar a atenção em si própria, a se reconhecer, em suma, a se decifrar como sujeitos de



9

desejo e não a fazer uma história “das concepções sucessivas do desejo” (FOUCAULT, 2007, p. 11).

Com esse posicionamento, a ideia central da sua teoria teve o seguinte foco:

Pesquisar, nessa genealogia, de que maneira os indivíduos foram levados a exercer, sobre eles mesmos, e sobre os outros, uma hermenêutica do desejo à qual o comportamento sexual desses indivíduos sem dúvida deu ocasião, sem, no entanto, constituir seu domínio exclusivo. Em resumo para compreender de que maneira o indivíduo moderno podia fazer a experiência dele mesmo enquanto sujeito de uma sexualidade, seria indispensável distinguir previamente a maneira pela qual, durante séculos, o homem ocidental fora levado a se reconhecer como sujeito de desejo. (FOUCAULT, 2007, p.11).

Diante do que se explanou sobre o modo de entender a sexualidade em Foucault, infere-se que o problema da subjetividade é inerente à constituição do sujeito humano, porém ela está na dependência dos processos de subjetivação a que o sujeito se expõe. Entende-se que a subjetividade, no olhar foucaultiano, tem relação com o corpo e com o tempo, e que provavelmente residam aí toda a polêmica e as dificuldades na sua abordagem.

### **3 E o que tem Freud a ver com a mulher e a sexualidade desta?**

Sabe-se que em todo o pensamento freudiano está o pressuposto de que o corpo é a fonte básica de toda a experiência mental. Ele acreditava que, com o passar do tempo, todos os fenômenos mentais pudessem ser explicados pela fisiologia cerebral, e que mesmo seu próprio trabalho seria superado pelo aperfeiçoamento das pesquisas no campo da neurologia. Na sua trajetória, Freud (2006, p.183, 184), reviu muitas das suas ideias ao discorrer sobre a teoria das neuroses, recorrendo, para tanto, ao mito de Édipo. Inicia, assim, um novo pensar em relação à psique humana.

Diante da história e da política, e levando em conta a época a qual Freud viveu, considera-se que a teoria freudiana constituiu-se a partir da experiência feminina (haja vista os estudos sobre a histeria), já que o corpo da mulher e sua subjetividade eram vistos como imperfeito e frágil. Logo, mulher, corpo, imperfeição e fragilidade tornaram-se sinônimo da condição feminina na visão freudiana. Ao formular a teoria da sexualidade, partindo da anatomia dos órgãos genitais e da diferença entre o homem e a mulher e baseando-se na presença ou ausência do pênis – e com isso, na suposição da



10

existência de uma masculinidade *a priori* –, instaurou-se, mais uma vez, a ideia dicotômica pela qual o masculino é considerado “o mais” e o feminino, “o menos”. Ao se reforçar essa dicotomia, repete, mais uma vez, aquilo que em toda a história da humanidade e do pensamento ocidental se tornou um postulado, isto é, o comportamento hierárquico com o predomínio do masculino sobre o feminino. Essa suposta masculinidade primária veria, no clitóris, uma marca corporal e, em nome desse objeto libidinal do prazer feminino, a mulher deveria abrir mão da sua feminilidade. Os pressupostos da teoria freudiana em relação ao complexo de castração feminino atribuem à mulher uma condição de inferioridade, diante de uma situação insatisfatória ou mesmo de ausência. Ao comparar o pênis do menino e o pequeno clitóris da menina, a parte feminina experimentará uma sensação de inveja e de inferioridade em relação aos atributos privilegiados do menino. Desse modo, na teoria freudiana, a mulher vivencia uma experiência traumática que levará como determinante na constituição da sua subjetividade.

A história nos mostra que, a partir dos anos 20, houve um deslocamento no pensamento de Freud, mas que, mesmo ao deslocar a sua teoria da referência anatômica, ele continua priorizando o princípio masculino, ao introduzir o falo como ordenador da sexualidade humana. O modelo do masculino continua, entretanto, a ser contemplado e atua como modelo de perfeição, enquanto resta para o feminino a imperfeição e a incompletude. Contudo, mesmo ao priorizar o masculino e, conseqüentemente, colocar o feminino em um degrau inferior, foi a psicanálise que, seguramente, possibilitou, pela primeira vez, que a escuta e o sofrimento feminino tivessem sua origem reconhecida – ao se constituir em torno do corpo da mulher, e da mulher histérica. Por outro lado, a mama, na obra freudiana, tem um papel de grande relevância, já que o chuchar foi por Freud considerado como modelo das manifestações sexuais infantis. Segundo ele, o chuchar consiste na repetição rítmica com a boca, e nesse ato está excluído qualquer propósito de nutrição. Por conseguinte, para ele, este órgão ocupa um papel importante na primitiva experiência de satisfação do bebê. Entretanto, esse contato corporal entre mãe e bebê (aqui se fala especificamente da mama) na teoria freudiana está associado por um lado com o prazer, com a satisfação, mas por outro, também com a frustração. Por conta desse antagonismo, na representação do seio materno se estabelece uma



11

imagem mnemônica do objeto que será reativada em situações de desejo e/ou de frustrações.

Como se percebeu, a sexualidade e a questão do feminino consolidaram-se, mesmo nos dias de hoje, como uma das discussões mais acaloradas entre os estudiosos interessados na organização do sujeito. Discute-se o caminho utilizado por Freud em relação à constituição do sujeito, a partir da sexualidade, caminho este cujo percurso (segundo os seus críticos) foi, muitas vezes, polêmico e contraditório. Alguns autores estudiosos da sua teoria consideram a descrição desse complexo nas mulheres confusa e sem uma fundamentação tão convincente como em relação ao complexo masculino.

Roudinesco (2002, p. 129) diz que, no que se refere à mulher, em geral e à sexualidade feminina, em particular, Freud teve sempre uma atitude de interrogação e, mesmo se perguntando: “o que quer a mulher?”, ele preconizava a “complementaridade de uma unidade, de essência masculina, e de uma diferença, de essência feminina”. Ainda segundo a autora, Freud entendia que o desejo da dominação, da conquista, do sadismo ou de transformação dos outros estava associado ao masculino, enquanto que outorgava ao pólo feminino “a passividade, a necessidade de amor, a tendência à submissão e ao masoquismo” (ROUDINESCO, 2002, p. 129)

Diante dessas constatações, a pergunta que deve estar sendo formulada em relação a este estudo é:

#### **4 O que tem tudo isso a ver com a mulher mastectomizada?**

Vivemos em uma sociedade ocidental onde, em pleno século XXI, a identidade do corpo feminino ainda tem sido pensada entre o equilíbrio que se manifesta entre três forças – a beleza, a juventude e a saúde. Por um lado, a mídia vem exercendo o seu poder, cumprindo “muito bem” a sua função, ao veicular pelos mais diversos meios de comunicação a importância dos corpos perfeitos – sarados e esculpidos nas academias ou nas salas cirúrgicas –, entendendo ser esse o único modelo a ser contemplado e legitimado pela sociedade. Por outro lado, em virtude desse posicionamento, o discurso midiático tem também influenciado as mulheres a serem compelidas a viver em função de seus corpos. Instala-se com esse comportamento uma nova forma de subordinação –



12

não mais descrita como aquela do século XVII, a forma higiênica e regulada de ser, na qual ela estava vinculada à igreja, à família, à medicina, e sim aos novos padrões “recomendados” e/ou “exigidos” pela sociedade vigente. Constatam-se que esses mesmos instrumentos da mídia, cúmplices da sociedade do espetáculo, tornam-se prescritivos e se comportam como um alçapão cruel para tantas outras mulheres que, por um motivo de saúde ou por outro qualquer, não conseguem se inscrever dentro desse padrão.

Maria, a nossa paciente, estava inscrita nesse estatuto!

Abre-se, então, espaço para o dilema da mulher mastectomizada, esta que, por ter tido um câncer de mama, vê-se diante dessas prescrições sociais e, ao se confrontar com o seu corpo ferido, mutilado, já não consegue seguir os padrões exigidos por essa sociedade. O espelho a aterroriza, e ela, ferida na sua feminilidade, muitas vezes assume uma “condição impura”, inferior à sua condição de sujeito humano e em relação à sua figura de mulher. Instaura-se, pois, um comportamento que pode levar ao comprometimento da sua saúde psíquica e, por consequência, pode também interferir negativamente na eficiência do tratamento clínico instituído, já que este corpo mutilado e ferido e passa a sofrer também os diversos processos de opressão que recaem na existência individual e coletiva do ser feminino.

A retirada de um órgão interno ou externo é sentida no inconsciente como uma castração, sobretudo se a fase edípica não foi resolvida de uma maneira satisfatória. Este complexo de castração é expressado na forma de uma perda estética que oculta angústias muito mais profundas. Na amputação da mama isto pode ser visto claramente, principalmente se a castração sexual trouxe consigo um sentimento de deteriorização do instinto materno. (MORAES, 1987, p. 1356).

Constata-se, não apenas de acordo com os dados epidemiológicos, mas também pela prática do nosso dia-a-dia que as limitações sobre um corpo mutilado são inúmeras, algumas vezes transitórias, outras não. As representações sociais que a mastectomia impõe à mulher comprometem vários aspectos da sua vida, perpassando pelos aspectos profissionais – nesse caso, com a possibilidade de ela se tornar um ser dependente em virtude do tratamento e das consequências advindas deste –, como também pelos aspectos sociais, emocionais e sexuais, impedindo-a, muitas vezes, de reconhecer a legitimidade da sua feminilidade.. O corpo ferido fica muitas vezes impedido de reconhecer a legitimidade da sua feminilidade, dificultando a sua interação com o



13

mundo social que o cerca. Por conseguinte, é consenso que, quando o câncer de mama é descoberto a primeira preocupação da mulher é com a vida, com a sobrevivência; entretanto, é notório que outros fatores emocionais ocorrem concomitantemente, a saber: o medo da mutilação, das recidivas e das consequências do tratamento, a ansiedade com respeito à rejeição pelo parceiro sexual, a vergonha da nudez, o sentimento de desfiguração, o pavor do espelho, a angústia enfim, desse “novo e estranho corpo” que doravante ela terá que carregar para o resto da sua vida

O impacto emocional de perder uma parte do corpo tão significativa na esfera sexual, como a mama, é mais intenso para as mulheres. Isso porque a imagem do seu corpo está relacionada à identidade de gênero e ao seu papel – evidentemente, após a mutilação, a sua capacidade erótica de envolvimento com um parceiro fica profundamente afetada. A cicatriz, para muitas dessas mulheres funciona como um mapa, ligando a vida antes e depois do infortúnio da doença.

Assim, estudar as diversas representações do corpo desfigurado pela ablação desse órgão tão simbólico para o feminino – a mama - é fundamental e, para tanto, necessário se faz adentrar no universo dessas mulheres, na tentativa de compreender a subjetividade advinda de uma doença de tanta magnitude como o câncer mamário feminino, ainda tão estigmatizante em nossa sociedade. Sontag (2002, p. 7) nos faz refletir que a “doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa”; e ainda afirma: “todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença”. Entretanto, objetivamente falando, para essa mulher mutilada, estigmatizada, e por vezes excluída, o ônus é alto demais, motivo pelo qual se intensificam as dores por ela manifestadas.

## **5 As diferenças enriquecedoras**

Foucault, (2009, p. 11) ao mencionar a psicanálise dos séculos XVIII e XIX como uma das ciências emergentes nos estudos do conhecimento humano, admitiu que essa ciência aceitou o discurso adestrador do corpo feminino, o qual anulava a sexualidade, o prazer sexual da mulher e, com essa atitude compactuou também com a consolidação da família burguesa. Por outro lado, ao confessar o seu deslocamento teórico, quanto à



14

genealogia da sexualidade, nos mostra de que modo o indivíduo moderno pode fazer a experiência dele mesmo “enquanto sujeito de uma sexualidade”. E estudando “os seus diversos jogos da verdade”, também nos informou que a sexualidade é um entre os outros modos históricos pelos quais nos constituímos enquanto sujeitos; para isso, adotou como referência e como investigação aquilo que segundo ele poderia “chamar-se de história do homem de desejo”. (FOUCAULT, 2009, p. 11).

Freud,(2006) ao desafiar os discursos dominantes da época em que viveu, deu à psicanálise o *status* da ciência que, inicialmente, perscrutou os recônditos mais profundos da alma humana. Ao colocar a escuta como condição fundamental para esse processo, ele e seu método conseguiram transformar o ato de escutar em acaloradas discussões, resultando em uma vasta e abrangedora produção científica nas mais diversas áreas do conhecimento humano, a serviço do estudo do indivíduo e dos seus sentimentos, de um modo universal. Com a descoberta do inconsciente, ele muda o curso do entendimento do funcionalismo psíquico e mostra sobremaneira que “a confluência de prazer e identidade com as exigências do mundo social é que faz a sexualidade tão enigmática e singular” (WARD, 2005, p. 32).

## **6 AS CONSIDERAÇÕES FINAIS: entrelaços ou entre os laços**

Apesar de não ser o objetivo deste trabalho acatar e/ou refutar qualquer das duas teorias aqui estudadas é importante enfatizar a importância da contribuição dos estudos de Freud e Foucault, em relação à constituição do sujeito, e a riqueza das informações que doaram à humanidade, tendo como premissas o corpo, a sexualidade e as subjetividades aí inerentes.

No cerne dos questionamentos norteadores deste trabalho, um dos aspectos de maior interesse e envolvimento no estudo perpassa pelo entendimento de que as noções de subjetividade e da subordinação do corpo feminino, diante dos tantos processos de opressão social que nele recai, somente poderão ser compreendidas se forem escutadas as vozes que vêm do interior, qual seja, da alma desse sujeito. Ao refletir sobre a condição da mulher mastectomizada, do seu corpo desfigurado, da sua sexualidade e feminilidade comprometidas, fiquei motivada a buscar, na minha profissão e na minha



15

especialidade, (principalmente após a vivência deste caso), meios que pudessem ajudar a tantas outras Marias as quais, por sentirem-se feridas na sua feminilidade, foram muitas vezes rotuladas como mulheres histéricas, patológicas. Por outro lado, os estudos de Freud sobre a sexualidade e a corporeidade mostraram-nos – apesar dos excessos, considerados por muitos estudiosos, na suposição freudiana da existência de uma masculinidade *a priori*, na constituição da sexualidade do sujeito humano – que foi por intermédio da sua teoria que, pela primeira vez, o corpo feminino foi colocado no cerne da questão da sexualidade humana. Logo, a escuta feminina foi priorizada por Freud, mesmo a despeito de considerar o feminino como “o menos” e o masculino como “o mais”. Foucault, por sua vez, percorrendo a política e a história, demonstra como a repressão sexual é presente ao longo de toda a história da humanidade. Na época clássica, ao enquadrar o corpo da mulher na produção e na reprodução, a família, o Estado e a igreja boicotaram e/ou anularam o prazer da vida sexual da mulher.

Na contemporaneidade, porém, o conceito do ser feminino não difere muito das exigências do passado, já que mesmo utilizando argumentos e ferramentas diferentes, a mulher ainda é refém de uma sociedade opressiva, pela qual os corpos que não se enquadram nos padrões de beleza por ela exigidos são sutilmente, ou não, excluídos e desabilitados do convívio natural. São assim, os corpos bulímicos, anoréxicos, mastectomizados ou obesos.

Por fim, ao percorrer caminhos teóricos e empíricos na construção deste trabalho, admito não ter respostas prontas, e chego a pensar que, entre os laços da dor deram-se os entrelaços de uma relação construída na escuta e no respeito ao Outro.

Talvez tenha sido isso que aconteceu entre Maria e eu!



## REFERÊNCIAS

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 1: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. 19ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 2009.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade 2: O uso dos prazeres**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; revisão técnica de José Augusto Guilhon Albuquerque. 12ª. ed. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 2007.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

HELMAN, Cecil. G. **Cultura, Saúde & Doença**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006.

KIERKEGAARD, S.Aabye. **Os Pensadores**. São Paulo, SP: Abril Cultural, 1979.

MACHADO, Roberto. **Foucault, a ciência e o saber**. Rio de Janeiro, RJ. Jorge Zahar, 2006.

MORAIS, Maria Carolina. Aspectos emocionais em pacientes portadoras de câncer. In: Halbe, H.W. **Tratado de Ginecologia 2ª**. Ed. São Paulo: Roca, 1987.



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II  
Campus de Ondina

17

ROUDINESCO, Elisabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2002.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal, 1984.

WARD, Ivan. Castração. In: **Conceitos da Psicanálise**. Tradução Rosa, Carlos Mendes. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ediouro; São Paulo, SP: Segmento