

UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS (UFG)  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FE)  
CURSO DE PSICOLOGIA

LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CÂNCER DE MAMA:  
AS VIVÊNCIAS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Goiânia

2025



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR VERSÕES ELETRÔNICAS DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO NO REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio do Repositório Institucional (RI/UFG), regulamentado pela Resolução CEPEC no 1240/2014, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei no 9.610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

O conteúdo dos Trabalhos de Conclusão dos Cursos de Graduação disponibilizado no RI/UFG é de responsabilidade exclusiva dos autores. Ao encaminhar(em) o produto final, o(s) autor(a)(es)(as) e o(a) orientador(a) firmam o compromisso de que o trabalho não contém nenhuma violação de quaisquer direitos autorais ou outro direito de terceiros.

### 1. Identificação do Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação (TCCG)

Nome(s) completo(s) do(a)(s) autor(a)(es)(as): Luciana Duarte de Oliveira

Título do trabalho: **Representações Sociais e Câncer de Mama: As vivências de mulheres mastectomizadas**

### 2. Informações de acesso ao documento (este campo deve ser preenchido pelo orientador) Concorda com a liberação total do documento [ X ] SIM [ ] NÃO<sup>1</sup>

[1] Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. Após esse período, a possível disponibilização ocorrerá apenas mediante: a) consulta ao(à)(s) autor(a)(es)(as) e ao(à) orientador(a); b) novo Termo de Ciência e de Autorização (TECA) assinado e inserido no arquivo do TCCG. O documento não será disponibilizado durante o período de embargo.

#### Casos de embargo:

- Solicitação de registro de patente;
- Submissão de artigo em revista científica;
- Publicação como capítulo de livro.

**Obs.: Este termo deve ser assinado no SEI pelo orientador e pelo autor.**



Documento assinado eletronicamente por **Gardenia De Souza Furtado Lemos, Professor do Magistério Superior**, em 29/12/2025, às 12:18, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Luciana Duarte De Oliveira, Discente**, em 29/12/2025, às 13:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5885930** e o código CRC **16734484**.

---

---

**Referência:** Processo nº 23070.064240/2025-71

SEI nº 5885930

LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CÂNCER DE MAMA:  
AS VIVÊNCIAS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Psicologia da Faculdade de Educação (FE) da Universidade Federal de Goiás (UFG) como requisito parcial para a obtenção dos graus de Bacharel e Licenciada em Psicologia.

**Orientadora:** Dra<sup>a</sup> Gardenia de Souza Furtado Lemos

Goiânia

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Oliveira , Luciana Duarte de  
Representações Sociais e Câncer de Mama [manuscrito] : as vivências de mulheres mastectomizadas / Luciana Duarte de Oliveira . - 2025.  
83 f.

Orientador: Prof. Gardenia de Souza Furtado Lemos .  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Educação (FE), Psicologia, Goiânia, 2025.  
Bibliografia. Anexos. Apêndice.

1. Representações Sociais. 2. Mastectomia. 3. Câncer de Mama. 4. Identidade Feminina. 5. Psicologia. I. Lemos , Gardenia de Souza Furtado , orient. II. Título.

CDU 159.9



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

## ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Ao(s) onze dia(s) do mês de dezembro do ano de 2025 iniciou-se a sessão pública de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitulado “**Representações Sociais e Câncer de Mama: As vivências de mulheres mastectomizadas**” de autoria de Luciana Duarte de Oliveira do curso de Psicologia, da Faculdade de Educação da UFG. Os trabalhos foram instalados pelo(a) Profa Dra Gardenia de Souza Furtado Lemos, da faculdade de Educação/UFG, com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Profa. Ma. Mirelly Conceição do Carmo/ Faculdade Unida de Campinas. Após a apresentação, a banca examinadora realizou a arguição do(a) estudante. Posteriormente, de forma reservada, a Banca Examinadora atribuiu a nota final de 10,0 (dez), tendo sido o TCC considerado aprovado.

Proclamados os resultados, os trabalhos foram encerrados e, para constar, lavrou-se a presente ata que segue assinada pelos Membros da Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Gardenia De Souza Furtado Lemos, Professor do Magistério Superior**, em 15/12/2025, às 14:03, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mirelly Conceição Do Carmo, Usuário Externo**, em 15/12/2025, às 15:28, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [https://sei.ufg.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **5854663** e o código CRC **8550E78E**.

Dedico este trabalho a todas as mulheres  
com câncer de mama que, ao cruzarem o  
meu caminho, transformaram para  
sempre a minha história

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, a Deus, pela vida, pela força e pela possibilidade de chegar até aqui.

Agradeço especialmente à minha mãe, Gislene, sem a qual não teria sido possível chegar até aqui. Obrigada por ser meu primeiro e mais significativo exemplo de ser humano empático, que se importa com a dor do outro e está sempre pronta para ajudar. Obrigada por fazer tanto por mim e pela nossa família; nada disso seria possível sem ela. Obrigada por ser o esteio da nossa casa, por todo amor e por todo cuidado.

À minha irmã, Débora, por ser sempre a minha maior incentivadora, por me apoiar nas decisões mais loucas e por estar sempre por mim. Aos meus irmãos, Marcus e Israel, pela força e pelo carinho de sempre. À minha tia-avó Terezinha, por ser uma figura que sempre zelou por nossa família com carinho e cuidado. Agradeço por estarem comigo durante toda essa trajetória desafiadora e por estarem sempre ao meu lado.

Aos meus amigos, Patrícia, Isabela, Alailson e Fabiana, por serem as melhores companhias que eu poderia ter na Faculdade de Educação. Obrigada por serem o alívio nos dias e noites mais difíceis, por me fazerem feliz e por estarem sempre comigo.

Agradeço também aos professores do curso de Psicologia da Faculdade de Educação, que me ensinaram, por meio de sua postura, o que ser e o que não ser enquanto psicóloga e enquanto ser humano. Um agradecimento especial às professoras Profa. Dra. Elisa Tavares Sanabio Heck e a Profa. Dra. Ana Idalina de Paiva Silva, que me ensinaram da maneira mais gentil e generosa e que se constituem como inspiração para mim. Estendo, ainda, meus agradecimentos aos demais professores que igualmente contribuíram para minha formação com ética e profissionalismo.

Um agradecimento especial às professoras da licenciatura em psicologia, Profa. Dra. Alessandra Oliveira Machado Vieira; Profa. Dra. Daniela Silva Costa Campos e Profa. Dra. Maraiza Oliveira Costa. Obrigada por serem exemplo de mulheres que dedicam suas vidas a uma educação de qualidade e humanizadora. Agradeço ainda a Profa. Dra. Geovana Reis, professora do curso de Pedagogia, por me ensinar a como ser uma boa educadora.

Agradeço à Profa. Dra. Alba Cristhiane Santana da Mata por acreditar no meu potencial, por me ensinar grande parte do que sei sobre fazer pesquisa e por me aceitar como sua orientanda de Iniciação à Pesquisa. Estendo meus agradecimentos à Profa. Dra. Carolina de Campos Borges pela oportunidade de participar de seu programa de Iniciação Científica.

Agradeço à Márcia de Faria Veloso pela oportunidade de ingressar em um campo de estágio que me colocou em contato com mulheres com câncer de mama, experiência que

transformou a minha trajetória e tornou possível a escrita deste trabalho, bem como por sua generosidade em ensinar e pela paixão com que exerce seu trabalho, que tanto admiro.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Gardenia de Souza Furtado Lemos, por embarcar comigo nas minhas ideias de TCC, incentivando a realização desta pesquisa e, sobretudo, pela paciência, pela disponibilidade e por me ensinar pelo exemplo de gentileza e respeito que tanto contribuíram para minha formação.

Por fim, deixo meu agradecimento à Faculdade de Educação e à Universidade Federal de Goiás por me proporcionarem um ensino de qualidade e experiências inesquecíveis.

## RESUMO

O câncer de mama é o segundo tipo mais comum entre mulheres no Brasil e constitui a principal causa de morte por câncer nessa população. Embora os avanços no diagnóstico e no tratamento tenham contribuído para a sobrevivência, muitas mulheres enfrentam consequências físicas, emocionais e sociais após a mastectomia. Nesse contexto, a pertinência de estudos mais amplos, que considerem aspectos psicológicos e emocionais, justifica-se pelos impactos frequentemente associados ao câncer de mama, tais como ansiedade, depressão e medo. Este trabalho tem como objetivo investigar os sentidos atribuídos por mulheres submetidas à mastectomia em decorrência do câncer de mama, com ênfase nas repercussões subjetivas relacionadas à identidade corporal e às transformações vividas antes, durante e após o tratamento oncológico. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratório-descritiva fundamentada na Teoria das Representações Sociais. Com objetivo de apreender o fenômeno que se propõe pesquisar, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários socioeconômicos em três mulheres, com idade entre 40 e 60 anos, que realizaram o tratamento para o câncer de mama com mastectomia parcial ou total. As participantes aceitaram participar da pesquisa de forma voluntária e a pesquisa foi desenvolvida conforme os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assegurando voluntariedade, sigilo, privacidade e uso exclusivo dos dados para fins científicos. Para a análise dos dados foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin, com foco nos processos de objetivação e ancoragem das Representações Sociais sobre corpo, identidade feminina e experiência com a doença. As análises das entrevistas suscitaram cinco categorias de análise: 1) sentimentos em relação ao diagnóstico; 2) fé e religiosidade; 3) apoio social percebido; 4) representações sociais da doença e 5) representações sociais do corpo e da identidade. Os resultados mostram que as mulheres submetidas a mastectomia, seja ela parcial ou total irão sentir impactos significativos em sua forma de enxergar a realidade. Além disso, observa-se que as representações sociais das mulheres entrevistadas reforçam sentidos de perda, mutilação, destruição e incompletude. Ao mesmo tempo, as representações produzem ressignificação, associados à fé, ao apoio social e à revalorização da vida, evidenciando que as experiências não são lineares, mas atravessadas por ambivalências e múltiplos modos de enfrentar a doença fortalecimento e reelaboração identitária. A partir das análises é possível concluir que o câncer de mama impacta a vida das mulheres de forma intensa e força a modificação de seu cotidiano e suas representações acerca da doença.

Palavras-chave: Representações Sociais; Mastectomia; Câncer de Mama; Identidade Feminina; Psicologia.

## ABSTRACT

Breast cancer is the second most common type of cancer among women in Brazil and is the leading cause of cancer death in this population. Although advances in diagnosis and treatment have contributed to survival, many women face physical, emotional, and social consequences after mastectomy. In this context, the relevance of broader studies that consider psychological and emotional aspects is justified by the impacts often associated with breast cancer, such as anxiety, depression, and fear. This study aims to investigate the meanings attributed by women who underwent mastectomy due to breast cancer, with an emphasis on the subjective repercussions related to body identity and the transformations experienced before, during, and after cancer treatment. This is a qualitative exploratory-descriptive study based on Social Representation Theory. In order to understand the phenomenon under investigation, data was collected through semi-structured interviews and socioeconomic questionnaires administered to three women, aged between 40 and 60, who underwent treatment for breast cancer with partial or total mastectomy. The participants agreed to participate in the research voluntarily, and the research was conducted in accordance with the ethical principles established by Resolution No. 466/2012 of the National Health Council, ensuring voluntariness, confidentiality, privacy, and exclusive use of the data for scientific purposes. For data analysis, we used the Content Analysis proposed by Bardin, focusing on the processes of objectification and anchoring of Social Representations about the body, female identity, and experience with the disease. The analysis of the interviews yielded five categories of analysis: 1) feelings about the diagnosis; 2) faith and religiosity; 3) perceived social support; 4) social representations of the disease; and 5) social representations of the body and identity. The results show that women who undergo mastectomy, whether partial or total, will experience significant impacts on their perception of reality. In addition, it is observed that the social representations of the women interviewed reinforce feelings of loss, mutilation, destruction, and incompleteness. At the same time, these representations produce a reframing associated with faith, social support, and a revaluation of life, showing that experiences are not linear but are marked by ambivalence and multiple ways of coping with the disease, strengthening and reworking identity. Based on the analyses, it is possible to conclude that breast cancer has a profound impact on women's lives and forces them to change their daily routines and their representations of the disease.

Keywords: Social Representations; Mastectomy; Breast Cancer; Female Identity; Psychology.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>2 O CÂNCER E O CÂNCER DE MAMA.....</b>	<b>12</b>
2.1 FATORES ENDÓGENOS E EXÓGENOS.....	13
2.1.1 Fatores de riscos e fatores de proteção.....	14
2.2 O CÂNCER DE MAMA.....	14
2.2.1 Tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia.....	15
<b>3 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....</b>	<b>19</b>
3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	19
3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA.....	22
<b>4 O CORPO, IDENTIDADE E ESTIGMA.....</b>	<b>28</b>
4.1 CORPO COMO CAMPO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	28
4.2 ESTIGMA.....	29
4.3 IDENTIDADE SEGUNDO CIAMPA.....	32
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>34</b>
5.1 OBJETIVOS.....	35
5.1.1 Objetivo Geral.....	35
5.1.2 Objetivos específicos.....	35
5.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS.....	35
5.3 COLETA DE DADOS.....	37
5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	38
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>40</b>
6.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES.....	40
6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS.....	42
6.2.1 Sentimento em relação ao diagnóstico.....	42
6.2.2 Fé e Religiosidade.....	45
6.2.3 Apoio social percebido.....	48
6.2.4 Representação da doença.....	51
6.2.5 Representações sobre o corpo e identidade.....	56
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>69</b>
<b>APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO.....</b>	<b>70</b>
<b>APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>71</b>
<b>ANEXO A - PARECER SUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>75</b>

## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) de 2022, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) - como doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias e diabetes - representam quase três quartos das mortes no mundo a cada ano, totalizando 41 milhões de óbitos anuais. Nessa conjuntura, as estatísticas indicam que as DCNTs estão entre os principais e mais urgentes problemas de saúde pública, não só no Brasil, mas também no mundo.

Conforme dados divulgados por meio do relatório Global Cancer Observatory (GLOBOCAN), no ano de 2022, foram registrados 20 milhões de novos casos de câncer e 9,7 milhões de mortes. Quando comparado a outros tipos de câncer, a neoplasia mamária é a segunda mais prevalente nas estatísticas mundiais, atrás apenas do câncer de pulmão, que é considerado o mais comum do mundo entre homens e mulheres. No Brasil, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) mostram que, o segundo tipo de câncer mais comum é o câncer de mama feminina (10,5%) dos casos, atrás somente do câncer de pele do tipo não melanoma (31,3% dos casos). Seguindo uma tendência global, a estimativa para este ano (2025) era de 74 mil novos casos no Brasil. Os dados se aproximam a de anos anteriores, em 2023 a incidência do número de novos casos era de 73.610 (INCA, 2022a). Em conjunto, esses dados evidenciam a magnitude e a heterogeneidade do perfil oncológico no Brasil e no mundo, reforçando a necessidade de respostas integradas em prevenção, rastreamento e cuidado.

Diante das estatísticas apresentadas e considerando o câncer como um grave problema de saúde pública global, pesquisas que se debruçam sobre o tema e seus impactos adquirem relevância, principalmente para produção de políticas públicas que ajudem na prevenção e no controle da doença. Para tanto, é necessária uma visão integral do problema, exigindo a produção de pesquisas que vão além do viés exclusivamente biomédico, por meio da integração de abordagens dedicadas à compreensão de como o câncer pode afetar a vida de seus portadores. Portanto, deve-se partir, também, da consideração de aspectos psicossociais e psicoemocionais da doença.

Nesse contexto, o objetivo geral deste trabalho é investigar as representações sociais elaboradas por mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas à mastectomia, com ênfase nos sentidos atribuídos à identidade corporal e às transformações vividas antes, durante e após a cirurgia. Tal foco de investigação se ancora na relevância do câncer de mama, uma das neoplasias malignas mais incidentes na população feminina, gerando importantes repercussões na forma como essas mulheres percebem a si mesmas e significam o

próprio corpo. A pertinência de estudos mais amplos, que considerem aspectos psicológicos e emocionais, justifica-se pelos impactos psicológicos frequentemente associados ao câncer de mama. Entre eles, destacam-se a ansiedade, a depressão, os sentimentos de raiva e vergonha, além do medo do diagnóstico, da mastectomia, da possibilidade de recorrência da doença e, na maioria dos casos, o medo da morte. Há, ainda, mudanças no padrão de vida, que afetam diversas áreas da vida dessas mulheres, como o casamento, a vida sexual e o trabalho (Silva, 2008).

Nesse contexto, pesquisas sobre pacientes oncológicos apontam taxas de 10% a 30% de ansiedade e depressão em mulheres com câncer de mama. Sendo a ansiedade o sintoma psicológico mais comum nessas pacientes durante o tratamento. A depressão, por sua vez, configura-se como o terceiro sintoma mais prevalente quando comparada a outros tipos de câncer (Dinapoli; Colloca; Di Capua et al., 2021). Além disso, há evidências que indicam um risco aumentado de ansiedade, depressão e suicídio em pacientes sobreviventes do câncer de mama, em comparação a mulheres sem diagnóstico da doença (Carreira, Williams, Müller et al., 2018; Maluf, 2005). Esses dados demonstram que a influência do câncer de mama na autoestima da mulher e no seu sentimento de feminilidade pode produzir efeitos nocivos para a qualidade de vida delas, prejudicando seu estado emocional (Almeida; Guerras; Filgueiras, 2012).

Silva (2008) considera que, diante das características e conotações atribuídas ao câncer de mama, a mulher acometida por ele terá que lidar com diversos desafios, entre eles o próprio diagnóstico da doença, o tratamento com suas singularidades e as possíveis consequências físicas e psicológicas dele. Mas, para além disso, terá que enfrentar o confronto com aspectos culturais relacionados à construção da identidade feminina, os quais se relacionam e se envolvem na experiência com a doença, a qual possui uma simbologia, uma história e um significado social. É nesse contexto que as representações sociais constituem-se como ponto importante de análise, e rico referencial para a apreensão dos sentidos atribuídos pelas mulheres ao seu tratamento, em especial, em relação à perda da mama.

Para Serge Moscovici (2015) e seus contemporâneos as representações sociais são base constitutiva da realidade cotidiana dos sujeitos. A representação social enquanto fenômeno deve ser vista como uma forma particular de compreender e comunicar, de apreender e significar a realidade social. São formas socialmente construídas e partilhadas e são constitutivas de identidades. Nesse sentido, acessar as representações elaboradas por mulheres com câncer de mama e mastectomizadas, é possibilitar a compreensão dos sentidos que elas atribuem a esse processo e à sua identidade como mulheres portadoras de câncer.

O seio é dotado de grande valor social e é comumente relacionado à maternidade – no caso da amamentação, pela nutrição e pela conexão com o recém-nascido –, à fertilidade, além de ser fortemente ligado à sexualidade. Nesse contexto, constitui-se como um símbolo central da feminilidade, funcionando como organizador de experiências importantes na vida da mulher. Para Aureliano (2009), o seio, na sociedade ocidental, deixa de ser apenas uma parte do corpo e passa a ser um emblema de feminilidade, beleza, sedução e maternidade. Contudo, mais do que compreender o que esse seio significa socialmente, é importante compreender o que as mulheres que são submetidas à mastectomia sentem em relação a ele, e como isso é sentido e significado por elas. Afinal, a forma como essas mulheres significam a experiência de perda do seio está diretamente relacionada à maneira como a sociedade lida com a representação da mulher e do corpo feminino.

Esta pesquisa é relevante na medida em que a escuta dessas mulheres oferece à psicologia subsídios para identificar demandas específicas de mulheres com o diagnóstico, contribuindo para a construção de projetos que auxiliem na redução do possível sofrimento decorrente do tratamento do câncer de mama, principalmente em relação a retirada da mama decorrente da mastectomia.

Diante desse contexto, o Capítulo 1 apresenta um panorama geral sobre o câncer, com foco no câncer de mama, que constitui o eixo central deste trabalho. O Capítulo 2 desenvolve o referencial teórico, situando o campo das representações sociais e sua articulação com a construção de identidades. O Capítulo 3 aborda os conceitos de corpo, estigma e identidade, fundamentais para a compreensão dos discursos das entrevistadas. O Capítulo 4 descreve a metodologia de coleta e análise de dados. Por fim, o Capítulo 5 é dedicado à apresentação e discussão dos resultados obtidos.

## 2 O CÂNCER E O CÂNCER DE MAMA

Câncer é o termo genérico amplamente utilizado para designar um conjunto de doenças que surgem a partir de um processo de carcinogênese. Nesse sentido, a carcinogênese pode ser definida como “processo pelo qual a função normal das células vivas é alterada causando crescimento celular anormal em um órgão ou tecido” (Oliveira, 2016, p.13). Portanto, uma de suas principais características, é a progressão de alterações celulares, que reprograma as células à uma divisão rápida, descontrolada e agressiva, determinando a formação de tumores. Nesse contexto, o câncer abrange mais de cem tipos diferentes de doenças malignas que têm a carcinogênese como fator comum.

O termo neoplasia maligna será utilizado, de forma genérica, para classificar esse crescimento celular anormal como cancerígeno. A divisão entre dois tipos de neoplasia - benigna e maligna - permite a classificação dos tumores segundo seu grau de agressividade, sendo muito útil para a prática clínica. Os benignos caracterizam-se por seu crescimento lento e expansivo, mas não infiltrante ou invasor de tecidos adjacentes (aspecto circunscrito). Os malignos, ao contrário, possuem crescimento rápido com elevado potencial de invasão de tecidos vizinhos e ainda distantes (Weinberg, 2008; Alves, Mello, Filho, 2013).

Essa capacidade de crescimento acelerado e de invasão de tecidos adjacentes atribui às neoplasias malignas um potencial grau de metastatização do tumor. Isso porque, seu crescimento invasivo e sua disseminação por vasos sanguíneos e linfáticos têm capacidade de lesionar tecidos distantes do sítio primário do tumor. Cânceres de mama, com frequência, formam colônias metastáticas, de modo promíscuo, em muitos tecidos de todo o corpo. A metástase é considerada a maior causa de morte em decorrência de câncer, representando cerca de 90% dos casos (Weinberg, 2008)

Os tipos de câncer podem ser nomeados e classificados a partir de duas categorias complementares: (a) pelo tipo histológico, que descreve a célula/tecido de origem, e (b) pela localização anatômica do tumor primário. É possível observar, por meio do Quadro 1, o primeiro tipo de categorização.

**QUADRO 1** – Tipos de câncer conforme tipo histológico

Tipo	Descrição
Carcinoma	Atingem tecidos epiteliais (pele ou mucosas) + comum (80 a 90% dos casos) Adenocarcinoma (ocorrem em órgãos e glândula) e Carcinoma de Células Escamosas (epitélio escamoso)
Sarcoma	Atingem tecidos conjuntivos e de suporte (ossos, tendões, cartilagem, músculos e gordura)

Mieloma	Atingem células plasmáticas da medula óssea
Leucemia	Atingem células da medula óssea
Linfoma	Atingem glândulas ou nódulos do sistema linfático
Mistos	Atingem mais de um componente celular

Fonte: National Cancer Institute (2023)

Entre os tipos de cânceres humanos mais comuns estão aqueles que afetam os tecidos epiteliais, como é possível identificar também no Quadro 1, são classificados como carcinomas. Eles representam mais de 80% dos casos da doença e é nesta categoria que está localizado o câncer de mama.

## 2.1 FATORES ENDÓGENOS E EXÓGENOS

De acordo com a literatura médica, a grande maioria dos cânceres é causada por fatores ou agentes externos. Estes, que entram em contato com o organismo, são capazes de interagir diretamente com o DNA humano, gerar alterações/mutações genéticas e causar câncer (Weinberg, 2008; Saldiva, 2013). Esses fatores são denominados carcinógenos. De acordo com o INCA (2022), entre 80 e 90% dos casos de câncer podem ser associados a causas externas/ambientais.

Nesse contexto, o ambiente é entendido como um conjunto de elementos como o meio ambiente (água, ar, terra), o ambiente de trabalho, o estilo de vida e hábitos de consumo alimentares, bem como o uso de medicamentos, além do ambiente social e cultural e das formas de comportar-se. Sendo assim, o ambiente é tudo aquilo com o qual o indivíduo se relaciona no seu cotidiano, do meio ambiente ao seu estilo de vida.

Dentre os fatores externos mais conhecidos por seu potencial carcinógenos está o tabagismo, o consumo excessivo de álcool, alguns tipos de dieta como as ricas em gorduras, sedentarismo e exposição à luz solar. A descoberta desses fatores contribui para a elaboração de estratégias de prevenção e diagnóstico precoce da doença (Saldiva, 2013). Há também fatores internos que podem ser causadores de câncer, como fatores hereditários, familiares e étnicos, entretanto constituem-se como a minoria dos casos. Sendo assim, somente cerca de 5 a 10% dos tumores são causados por mutações em genes com predisposição à doença (Ashton-Prolla; Vargas; Achatz, 2013)

### 2.1.1 Fatores de riscos e fatores de proteção

Os fatores de risco para o câncer são múltiplos e interdependentes. Entre os principais, destacam-se idade, sexo, aspectos hormonais e fatores biológicos específicos. Além desses, aspectos relacionados ao estilo de vida, à dieta e ao ambiente também influenciam significativamente a incidência da doença. Soma-se a isso o histórico familiar de neoplasias, tanto malignas quanto benignas com potencial de evolução para quadros malignos (Comander, Cigler e Ryan, 2015).

Os fatores de proteção se relacionam à redução dos fatores de riscos modificáveis. Sendo assim, de acordo com as recomendações dos órgãos de saúde, devem ser incentivadas a prática de atividades físicas, evitando o sedentarismo; a redução do consumo de álcool e do tabagismo devem ser incentivados. A amamentação também aparece como um fator de proteção para o câncer de mama (INCA, 2022).

Deste modo, a prevenção do câncer de mama fundamenta-se na diminuição da exposição aos fatores de risco modificáveis e na promoção de fatores de proteção. Destaca-se que há fatores como aqueles ligados à hereditariedade e associados ao ciclo reprodutivo que não podem ser mudados, por isso, a importância de concentrar o cuidado naqueles que são passíveis de mudança e/ou adaptação (INCA, 2022).

Ainda que desempenhe um papel importante na prevenção, a ênfase em fatores comportamentais pode contribuir para representações que culpabilizam as pacientes, ao sugerir que o câncer seria fruto apenas de escolhas individuais, ignorando as condições sociais que limitam o acesso ao cuidado e à informação. Desse modo, é necessário que se faça sempre a análise do contexto em que as mulheres portadoras de câncer de mama vivem, buscando compreender as condições materiais e concretas para o desenvolvimento de hábitos e comportamentos que as ajudem a reduzir a exposição aos fatores de risco relacionados à doença.

## 2.2 O CÂNCER DE MAMA

Conforme a classificação segundo tipo histológico, o câncer de mama (CM) caracteriza-se como um carcinoma - comumente conhecido como carcinoma mamário. O câncer de mama é o tipo mais frequente de tumor maligno no mundo em mulheres. Apesar de também acometer pessoas do sexo masculino, esses casos representam apenas 1% do total. O

câncer de mama pode ter sua origem nos ductos mamários ou nos lóbulos das glândulas mamárias.

O câncer de mama pode ser caracterizado quanto a sua localidade sendo *in situ* ou *invasor*. O CM *in situ* começa no ducto mamário e não atinge outros tecidos mamários. Por outro lado, o carcinoma invasivo e ou infiltrante, descreve aquele câncer que se disseminou para os tecidos mamários adjacentes. Os dois tipos mais comuns de CM são o *carcinoma ductal invasivo* (ocorrência nos ductos mamários) e o *carcinoma lobular invasivo* (ocorrência nos lóbulos das glândulas mamárias). O primeiro é o tipo mais comum, representando 70% dos casos. Já o segundo, representa cerca de 15 a 20% dos casos da doença (Hankinson; Polyak; Garber, 2020).

Para além de sua relevância epidemiológica e dos debates em torno da prevenção, o câncer de mama possui ainda uma especificidade simbólica: trata-se de uma neoplasia que incide sobre uma parte do corpo fortemente investida de significados sociais ligados à feminilidade, à maternidade e à sexualidade. O seio não é compreendido apenas como um órgão biológico, mas como um emblema de feminilidade, beleza, sedução e maternidade (Aureliano, 2009). Essa dimensão simbólica torna particularmente relevantes as questões relativas ao corpo, à identidade e ao estigma, que serão desenvolvidas no capítulo seguinte.

### **2.2.1 Tratamento: cirurgia, radioterapia e quimioterapia**

O tratamento para o câncer de mama é multimodal e varia de acordo com seu estadiamento, características biológicas, bem como as condições da paciente como idade, status menopausal, comorbidades e preferências (Inca, 2022). Pode-se dividi-lo em tratamento local (cirurgia e radioterapia) e sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapias alvo).

De acordo com Vieira (2016), em seu estágio inicial o tratamento para a doença é cirúrgico e pode ser associado ou não à quimioterapia. Entre as terapêuticas disponíveis, a cirurgia destaca-se como a principal medida de controle da doença. As cirurgias por sua vez podem ser conservadoras - com retirada apenas do tumor - ou radicais, como a mastectomia, que consiste na retirada total da mama. É importante pontuar que nos casos em que a mastectomia radical é realizada, a paciente tem direito a reconstrução mamária, inclusive de forma imediata. Esse é um direito assegurado por meio da Lei nº 9.797/1999 e deve ser garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Os efeitos das cirurgias de mastectomia vão além das dimensões físicas e impactam os aspectos psicológicos das mulheres. O abalo emocional está presente desde o diagnóstico, pois o câncer é social e historicamente associado à morte e ao sofrimento intenso. Nesse momento, a mulher se depara com a finitude da vida. Nesse contexto, o câncer é uma doença estigmatizante, que gera nessas mulheres sentimentos de rejeição, vergonha e inferioridade (Bergamasco e Angelo, 2001; Maluf, 2015). Além disso, Maluf (2015) destaca os diversos lutos — conjuntos de reações diante de uma perda — que podem surgir desde o diagnóstico: luto pela confirmação da doença, pela mastectomia, pela autoimagem e feminilidade, pelas limitações funcionais e pelos efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia e radioterapia. O diagnóstico pode alterar a percepção de si; sendo necessário reconhecer-se como um corpo doente.

Em 2023, a Lei nº 9.797/1999 passou por alterações importantes, por meio da Lei nº 14.538/2023, que incluiu o direito à substituição de implantes mamários em casos de complicações e/ou efeitos adversos a eles relacionados. Outro importante acréscimo a essa lei é o parágrafo 6º do Art.2º: “é assegurado, desde o diagnóstico, o acompanhamento psicológico e multidisciplinar especializado das mulheres que sofrem mutilação total ou parcial de mama decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer.” (Lei nº14.538/2023).

O reconhecimento da Psicologia nesse contexto é essencial, sendo um indicativo da necessidade de apoio psicológico a essas mulheres, justamente por reconhecer que o processo de tratamento oncológico gera impactos significativos. A atuação da Psicologia, nesse cenário, é fundamental, pois busca uma compreensão abrangente de aspectos orgânicos, psicológicos e fatores de ordem social. Diante de um cenário impactante, que pode provocar mudanças significativas - e, em alguns casos, irreversíveis - na vida dessas mulheres, a Psicologia pode contribuir para a ressignificação, permitindo que a paciente repense sua vida a partir de uma perspectiva de recomeço, reconstrução e descoberta de potencialidades (Liberato; Carvalho, 2008).

Sendo assim, existem repercussões relevantes no que se refere à identidade feminina. Os impactos na imagem corporal são variados e podem gerar isolamento social, dificuldades de aceitação do corpo modificado, mesmo em casos em que há cirurgia de reconstrução. A queda do cabelo é apontada pelas pacientes como uma experiência traumática, justamente por estar associada à identidade e à feminilidade. Aquelas pacientes que valorizam os padrões estéticos tendem a sofrer mais com as alterações corporais (Santos e Vieira, 2011). A perda total ou parcial da mama, os tratamentos como a quimioterapia, que têm como principal e

mais significativo efeito a alopecia, ou seja, a queda dos cabelos, o impacto na menstruação e o risco de infertilidade também podem afetar diretamente essa identidade (Silva, 2008).

Além do procedimento cirúrgico, o tratamento para o câncer de mama conta com a radioterapia e a quimioterapia. O objetivo do tratamento com a radiação é a destruição das células tumorais e/ou o retardo de sua proliferação. Assim como acontece no tratamento quimioterápico, a radioterapia pode ser prescrita antes da cirurgia (neoadjuvante) ou após o procedimento cirúrgico (adjuvante). Para diagnósticos de câncer, a radioterapia adjuvante é a mais comum, sendo utilizada para eliminar tumor residual no campo operatório, após a cirurgia conservadora, ou mastectomia e em casos de metástase. Entre os possíveis efeitos colaterais estão: vermelhidão e irritação na pele do local tratado, descamação, fadiga, febre, perda de apetite, pele ressecada e endurecida, e coceira (INCA, 2023),

Já a quimioterapia pode ser definida como um tratamento que se utiliza de medicamentos para o combate ao câncer. Esses mecanismos, por sua vez, operam de maneira sistêmica, ou seja, atuam em todo o organismo, Deste modo, por meio da corrente sanguínea, destroem as células doentes que formam os tumores e ainda aquelas que podem se espalhar pelo corpo (INCA, 2023). São muitos os efeitos colaterais da quimioterapia no organismo de mulheres que se submetem a esse tipo de terapia, entre os mais comuns estão o enjoo, vômito, hiperpigmentação da pele e a queda de cabelo. Esta última, é considerada nas literaturas sobre o tema como um dos mais emblemáticos e reveladores da doença, sendo motivo de vergonha para muitas. (Reis, 2016; Caponero, Lage, 2008).

A Psicologia, nesse cenário, pode promover o bem-estar ao identificar os fatores emocionais envolvidos no processo e que interferem na forma como a paciente lida com a doença. Pode contribuir para o estabelecimento de estratégias adaptativas; incluir a família no processo; prestar apoio, possibilitando suporte; e auxiliar na adesão ao tratamento. Pesquisas indicam que o acompanhamento psicológico melhora a qualidade de vida e reduz sintomas físicos e emocionais da doença (Venâncio e Leal, 2004).

Diante disso, embora o câncer de mama possa ser compreendido em seus aspectos biológicos, genéticos e clínicos, o adoecimento não se reduz a esses elementos. Ele é atravessado por condições sociais que configuram desigualdades no acesso ao cuidado, no diagnóstico e na possibilidade de reconstrução da vida cotidiana. As experiências de adoecer e tratar o câncer se constituem no entrelaçamento entre corpo, história pessoal, gênero, classe, raça, território e relações de cuidado, dimensões que ultrapassam explicações estritamente biomédicas. Assim, compreender o câncer de mama exige também olhar para os sentidos que a sociedade atribui à doença, ao corpo e à feminilidade, sentidos que influenciam desde as

práticas de prevenção até a forma como as mulheres significam a mastectomia. Por isso, no capítulo seguinte, discute-se a Teoria das Representações Sociais, que oferece o referencial necessário para analisar como esses significados são construídos coletivamente e como orientam as vivências subjetivas e as trajetórias sociais das mulheres com câncer de mama.

### 3 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Neste capítulo, dedicado à fundamentação teórica, são apresentados os aportes conceituais que orientaram as análises das entrevistas. Abordam-se, em especial, os conceitos de representações sociais, corpo, estigma, identidade e as representações sociais do câncer de mama, que constituem o eixo de compreensão dos dados produzidos. Destaca-se a relevância da Teoria das Representações Sociais como arcabouço teórico, na medida em que ela permite compreender de que modo o câncer e o corpo são significados no senso comum e de que forma esses sentidos orientam as vivências subjetivas das mulheres.

#### 3.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Este trabalho utiliza a Teoria das Representações Sociais, proposta por Serge Moscovici, como abordagem teórica central. Esta teoria permite compreender como os grupos sociais constroem, compartilham e comunicam sentidos sobre objetos sociais, tornando-os familiares ao pensamento cotidiano. Sendo assim, se faz necessário compreender o surgimento das representações, seu impacto na psicologia social, sua constituição enquanto fenômeno e sua estrutura.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surge na Europa a partir da publicação *La Psychanalyse: Son image et son public (A Psicanálise, sua imagem e seu público)*, de Serge Moscovici em 1961. A obra é fruto de seu estudo acerca da socialização da Psicanálise pela população parisiense no final da década de 50. Nesse contexto, o objetivo de Moscovici era compreender como o conhecimento erudito, acadêmico se traduz em pensamento popular, em senso comum (Sá, 1998). Em outras palavras, seu maior interesse estava em entender como um novo saber, à época, a Psicanálise, é introduzido, difundido e assimilado pela coletividade, pelos grupos e pelos indivíduos.

É inspirado pelo conceito de representações coletivas de Durkheim que Moscovici propõe o termo representações sociais. Para o autor, é papel da Psicologia Social revisitar o conceito de Durkheim sob outra perspectiva, deslocando o foco do registro institucional e relativamente estável — em que as representações coletivas configuram fatos sociais exteriores e normativos (religião, crenças, ideologias) — para a dinâmica processual e comunicacional do cotidiano. Assim, o que em Durkheim é descrito como “uma classe geral de ideias e crenças” que se cristaliza e se sedimenta é reinterpretado por Moscovici como fenômeno. E nesse contexto as define como: “estruturas dinâmicas, que operam a partir de

relações e comportamentos que aparecem e desaparecem, junto com as representações” (Moscovici, 2015, p. 47). Trata-se, portanto, de fenômenos que carecem ser descritos e explicados na medida de suas transformações, ou seja, à medida que são produzidos, compartilhados e modificados (Moscovici, 2015).

Um dos pilares da teoria é a distinção entre dois “universos” nos quais a sociedade se organiza: o universo reificado e o universo consensual. O primeiro, próprio da ciência, busca ‘conformar o pensamento’. Nele, o objeto ganha centralidade, e a sociedade é vista a partir de entidades sólidas, básicas e invariáveis. São entes participativos seletos que decidem sobre a validade ou não de um objeto, independentemente de sua natureza. Já o universo consensual, próprio do senso comum busca ‘conformar a realidade’. Deste modo, há a centralidade da mente, do pensamento livre e da conversação, que se pretende comunicação de um conhecimento popular. Sendo assim, o conhecimento é compartilhado e acessível a todos os participantes. No caso do câncer de mama, o universo reificado corresponde às explicações biomédicas (diagnóstico, biologia do tumor), enquanto o universo consensual envolve metáforas, medos, crenças populares e imagens transmitidas pela mídia e pelas relações sociais

Nesse contexto, o autor considera que esses dois universos separam os grupos humanos entre aqueles que produzem conhecimento e aqueles que o reproduzem. E, portanto, só podem se encontrar por meio das representações, as quais possibilitam a restauração de uma consciência coletiva, tornando acessíveis os conhecimentos provenientes do universo reificado ou científico. Sendo assim, as representações constituem-se enquanto um fenômeno de transformação do desconhecido em conhecido, do científico em comum, do não familiar em familiar.

Então, o que são representações sociais na perspectiva da Psicologia Social?

Denise Jodelet, proeminente pesquisadora das representações, caracterizará as RS como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que tem um objetivo prático e concorre para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (2001, p. 22). Esse saber, segundo a autora, é também reconhecido enquanto “saber do senso comum” ou “saber ingênuo”. E, apesar de diametralmente diferente do saber dito científico, guarda em si legitimidade, dada sua importância para a vida social. Isso porque, as representações são sistemas de interpretações que servem como guias práticos da relação sujeito-mundo e/ou sujeito-sujeito. Logo, as representações orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais.

Enquanto fenômenos cognitivos, as representações sociais articulam também dimensões afetivas e normativas. Nessa perspectiva, podem ser descritas a partir de três funções: a função social, a função afetiva e a função cognitiva. Spink (1993) sintetiza essas funções indicando que elas têm, respectivamente, as finalidades de: orientar as condutas e as comunicações sociais; proteger e legitimar as identidades sociais; e familiarizar informações novas. Jodelet explicita essa dinâmica ao afirmar que as representações sociais:

[...] associam o pertencimento social dos indivíduos às implicações afetivas e normativas, às interiorizações das experiências, das práticas, dos modelos de conduta e de pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que aí estão ligados. Por essa razão, seu estudo constitui uma contribuição decisiva para a aproximação da vida individual da vida coletiva” (Jodelet, 2001, p. 22).

Nessa perspectiva, as representações manifestam-se como elementos cognitivos (imagens, conceitos, categorias, teorias etc.), mas não se reduzem a eles (Spink, 1993). Por se constituírem como uma rede complexa de interações, as representações aproximam aquilo que é individual daquilo que é coletivo. É justamente essa tecedura que confere às representações um caráter dialético à medida em que elas se constituem, ao mesmo tempo, como processo e como produto.

Como processo, elas são continuamente construídas na apropriação da realidade exterior, elaborada psicologicamente e socialmente. Como produto, elas geram significados, imagens e normas que, uma vez estabilizados, retornam ao indivíduo, influenciando suas condutas e a própria construção de novas representações. Dessa forma, o estudo das representações sociais revela uma dinâmica de retroalimentação: o individual e o social se constituem mutuamente, num movimento dinâmico de criação e recriação.

Essa dinâmica de produção e estabilização de sentidos pode ser descrita, em Moscovici, por meio de dois mecanismos fundamentais: a ancoragem e a objetivação. A função cognitiva das representações sociais é especialmente importante nesse ponto, pois é nela que se situam esses mecanismos responsáveis por tornar o não familiar em familiar.

A ancoragem é definida por Moscovici (2015) como um processo de transformação de algo desconhecido em um sistema particular de categorização. Isso significa que, ao ter contato com um novo objeto, estranho e potencialmente ameaçador, o indivíduo procura relacioná-lo a informações já existentes em seu repertório. De outro modo, o indivíduo necessariamente compara e categoriza a nova informação, fazendo com que ela se adeque às representações já existentes. A ancoragem não é um processo interindividual, isso porque,

essa incorporação implica a pressão dos valores de um grupo. Assim, essa nova informação deve ser apropriada pelo grupo, que o transforma em um saber compartilhável e capaz de exercer influência sobre os outros (Spink, 1993).

A objetivação é a materialização de abstrações, sejam elas, ideias, imagens ou símbolos. Para S. Moscovici, é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, é reproduzir um conceito em uma imagem. Deste modo, a partir da objetivação é possível tornar ideias abstratas em ideias concretas e com isso familiarizá-las, torná-las acessíveis ao cotidiano, transformá-las em realidade. S. Moscovici (2015) se utilizará da ideia de Deus para exemplificar a objetivação. O autor afirma que o conceito de Deus é demasiado abstrato e de início, de difícil familiarização, por isso, a sociedade o representaria enquanto Pai, ideia concreta, o conceito em uma imagem. Sendo assim, é possível atrelar conceitos, abstrações à realidade objetiva.

Logo, esses mecanismos convergem para tornar o não familiar em familiar. “Primeiramente, transferindo-o para a nossa própria esfera particular, onde nós somos capazes de compará-los e interpretá-los; e depois, reproduzindo-os entre coisas que podemos ver e tocar, e conseqüentemente, e controlar”. (Moscovici, p.61, 2015). Sendo assim, elas operam como práxis social: produzem sentidos que orientam condutas, normatizam expectativas, regulam pertencimentos e contribuem para a manutenção de uma determinada ordem social. A partir desses pressupostos, compreende-se que as representações sociais do câncer de mama podem ser construídas na circulação de discursos, imagens e práticas sociais, informando tanto o estigma quanto às formas de enfrentamento da doença.

### 3.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA

Com o objetivo de identificar as pesquisas acerca das representações sociais do câncer de mama e da mastectomia no Brasil, foram realizadas buscas em três bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no Portal de Periódicos da CAPES e na Scientific Electronic Library Online (SciELO). Enquanto descritores utilizou-se os termos: “representações sociais” / “representação social”; “Teoria das Representações Sociais”; “Câncer de Mama”; “neoplasia mamária”; “mastectomia” e “mastectomizadas”. A partir da combinação desses termos e a utilização dos operadores booleanos (AND; OR; NOT) foram encontradas 28 publicações, entre elas 23 artigos, três dissertações de mestrado e duas teses de doutorado. Como critério de inclusão utilizou-se escolher publicações em português, com

acesso aberto e texto integral. Após a leitura do título e dos resumos foram selecionadas oito publicações para leitura integral. A seguir são apresentados os resultados encontrados.

A partir de uma revisão de escopo Maroun *et al.* (2024), destacam que as representações sociais acerca do câncer de mama relacionam-se em grande medida à ideia de estigma e da ameaça ao corpo e à vida. A queda de cabelo e a retirada da mama evocam, no corpo, a perda da feminilidade e do objeto simbólico socialmente reconhecido como instrumento relacionado à reprodução e ao que é sexual. Nesse contexto, o câncer está ligado a sentimentos de medo, vergonha, ameaça e baixa autoestima. Além disso, os autores destacam que o câncer é visto como algo devastador; é associado à morte e à perda do controle da própria vida. Nas representações acerca da doença ainda persistem metáforas históricas fatalistas, demonizantes e militarizantes que a categorizam como uma “doença do mal” que precisa ser combatida, sendo muitas vezes retratada como uma “batalha” contra o câncer e uma luta pela vida.

Nesse contexto, as representações da doença centradas em sentidos como o de perda, à morte, ameaça à vida, destruição e estigma, podem alimentar a evitação do rastreio e por consequência do diagnóstico precoce. O estigma em relação ao câncer de mama implica no medo e na prevenção da possível ameaça do diagnóstico e suas consequências. As altas taxas de mortalidade da doença e os tratamentos agressivos alimentam o imaginário do câncer como algo devastador, reforçando a representação do câncer como sinônimo de morte e sofrimento.

A pesquisa de Maroun *et al.* (2024) também mostra que no interior das representações do câncer de mama há uma relação entre espiritualidade e resiliência, uma busca pela aceitação e adaptação diante das novas condições de vida. A espiritualidade pode dar sentido à experiência, oferecer suporte emocional e funcionar como estratégia de enfrentamento (Coping Espiritual) ao medo e ao estigma. Porém, a espiritualidade também pode aparecer como um recurso de negação. Além disso, surgem representações que associam o câncer à sobrevivência, ao “seguir com a vida”, demonstrando um processo de ressignificação do tratamento e da doença. Assim, o processo se torna uma oportunidade de aprendizado, uma prova ou uma oportunidade de reconstrução de si, a partir da aceitação. Deste modo, torna-se uma experiência que pode ser ressignificada. Por fim, os resultados evidenciam que as representações são atravessadas por marcadores étnico-raciais e culturais. Isto é, a depender do contexto social no qual mulher está inserida as representações serão diferentes. Os sentidos e significados atribuídos à doença e ao adoecer serão distintos.

Em um estudo com 25 mulheres com câncer de mama, Skaba (2003) identificou que o diagnóstico de câncer de mama equivale a uma sentença de morte. As representações acerca

da doença se relacionam a algo cruel, intratável e misterioso. Os resultados apontam para o discurso militarizante, à falta de controle sobre doença e à finitude humana, ou seja, há uma relação intrínseca com a morte. A autora afirma que as perspectivas que tratam o câncer como uma doença “monstruosa” e que precisa ser “combatida” e que contribuem para uma visão pessimista da doença são substratos históricos das representações sociais da patologia. Em estudos anteriores Gomes *et al.* (2002) também identificam esses aspectos das representações acerca do câncer.

Silva *et al.* (2012) em uma pesquisa com 18 mulheres que passaram pela mastectomia identificaram que as representações que emergiram das entrevistas estavam relacionadas ao medo, a morte, o câncer como uma ameaça a vida e o impacto na aparência. Além disso, outras adjetivações aparecem, como doença mutilante e fatal; corrosiva e contagiosa. O estigma também é destacado como fator que pode representar um isolamento social, a segregação e a interrupção do curso normal da vida cotidiana. Ainda, o câncer de mama é considerado pelas mulheres como uma doença temida por afetar parte valorizada do corpo da mulher e significar uma ameaça à sua imagem. A espiritualidade e religiosidade também aparecem como meio para o enfrentamento da doença, como uma forma de significação da experiência. Sendo assim, a fé surge como meio para se alcançar a cura da patologia, trazendo esperança para durante o tratamento.

Em outra análise do mesmo estudo Silva *et al.* (2010) enfatizam as questões relacionadas ao corpo. Nesse cenário, os seios surgem como símbolo da condição feminina e se relacionam com a sensualidade, a fertilidade e a maternidade (capacidade de amamentação). As mulheres participantes da pesquisa também descrevem a retirada da mama como um sentimento de perda, uma mutilação e, ainda, como uma deficiência ou anomalia.

Ferreira e Mamede (2003) buscaram identificar as representações sociais da mastectomia, por meio de entrevistas com 10 mulheres que foram submetidas a cirurgia. Os resultados apontam que as representações estão principalmente relacionadas ao corpo mutilado, a “falta de um pedaço” e ao corpo estranho diante do espelho. A cirurgia de retirada da mama representa para as mulheres uma destruição abrupta da imagem corporal. Por isso, a reconstrução da mama representaria, para essas mulheres, a “recuperação do corpo” ou a restauração do que foi perdido em decorrência do tratamento. Além do mais, é possível identificar no discurso das entrevistadas a sensação de impotência diante do procedimento cirúrgico, o medo da recorrência da enfermidade e a impossibilidade de controle sobre seu próprio corpo e destino. Acrescenta-se que a mastectomia representa um impacto nas tarefas domésticas e no cotidiano dessas mulheres, para além da aparência física há a questão da

funcionalidade. Isto porque, muitas vezes após a cirurgia os linfonodos dos braços são afetados, o que dificulta algumas atividades diárias que dependem desse membro, além de dores decorrentes do processo cirúrgico.

Hirschle *et al.* (2018) em estudo sobre as representações sociais do corpo da mulher e do corpo mastectomizado, identificaram importantes distinções entre um e outro. Em relação à aparência corporal, o “corpo da mulher” fez emergir representações relacionadas a objetivações como bonito e perfeito, gordo e magro, representações que destacam os aspectos físicos e características positivas em relação ao corpo feminino. Em contraponto, as representações acerca do corpo da mulher mastectomizada revelam palavras como mutilação, falta, vergonha, reconstrução e diferente, evidenciando uma conotação negativa em relação a esse corpo. As autoras destacam o imaginário estereotipado relacionado à perda da mama do corpo que passou pela mastectomia. Também identificam que a perda da mama acarreta sentimentos de acanhamento, vergonha, inibição, baixa autoestima e uma incapacidade de atuar enquanto mulher diante de seu ambiente social.

A pesquisa de Hirschle *et al.* (2018) utilizou entrevistas com homens e mulheres que são companheiros. Ao comparar as perspectivas sobre as representações do corpo, observa-se que, para as mulheres, ele se articula à identidade, à autoestima e ao cuidado, enquanto, para os homens, associa-se principalmente ao cuidado. Deste modo, o corpo, para as mulheres é fator determinante para autoestima e identidade. No que se refere as representações que emergem em relação ao “corpo da mulher mastectomizada”, elas estão ligadas principalmente à pena, dificuldade, tristeza, preconceito, aceitação e mudança. Evocações que se relacionam a aspectos afetivos. Além disso, as representações em relação ao corpo mastectomizado tendem a ser mais negativas em relação ao corpo da mulher. Nesse sentido, o corpo que passou pelo processo de mastectomia é visto como digno de pena, é um corpo rejeitado e passível de ser vítima de preconceitos e estigmas.

Lima (2002) realizou uma pesquisa com 16 mulheres diagnosticadas com câncer de mama em fase de pré-tratamento. Em seus resultados destaca que a ideia de morte ainda permanece no imaginário social associado ao câncer. Deste modo, o câncer é retratado como uma doença incurável, que significa uma ameaça constante à vida. Complementarmente, suas representações relacionam-se à dor e ao medo de estigmatização. A autora destaca que as características típicas de um tratamento agressivo, como a queda de cabelo em decorrência da quimioterapia e a mastectomia, por exemplo, funcionam como marcadores sócio-corporais da doença e identificam essa mulher como um corpo doente. Esse corpo marcado e mutilado é visto como menos útil e incapaz de realizar tarefas produtivas. Além disso, os símbolos do

tratamento remetem a perda da feminilidade, da vaidade e da normalidade, o que resulta no medo da exclusão social e da rejeição. Nesse contexto, essas questões proporcionam sofrimento psicológico intenso, choro, isolamento social e ansiedade, que passam a integrar o modo como as mulheres lidam com sua realidade.

Lima (2002) destaca também que as mulheres portadoras de câncer de mama, trazem a partir de discursos religiosos explicações para sua patologia, deste modo, a doença pode significar uma prova, um castigo ou uma punição necessária para “pagar” por pecados. Esses sentidos advindos da religião muitas vezes servem para justificar a doença e resignificá-la como algo que precisa de resignação e força para superação. Outro ponto destacado pela autora é que a associação do câncer a algo maligno (tumor maligno) lhe confere um viés naturalmente negativo. Nesse cenário, reafirma-se o discurso do combate, da guerra, que remete as metáforas históricas relacionadas ao câncer, também demonstradas em outras publicações.

Simeão *et al.* (2016) por meio da análise de matérias jornalísticas, buscaram identificar as representações sociais do câncer de mama. As autoras partem da importância das comunicações de massa na difusão de conhecimento e representações para justificar sua pesquisa. Os resultados indicam que as representações difundidas estão relacionadas principalmente a prevenção e tratamento da doença, ainda privilegiadamente a partir de um viés biomédico. A publicação aponta que apesar dessa comunicação ser eficaz e necessária para a diminuição do estigma e o estimular a busca de mulheres pela atenção à saúde, ainda relacionam a doença indiretamente a morte. Isto é, há uma ambiguidade nas notícias, onde para se trazer a relevância da prevenção e cuidado, se destaca os altos índices de mortalidade da doença. Deste modo, há um sentido implícito que associa o câncer de mama a uma doença fatal. De acordo com a autora, a forma como a notícia é veiculada pode cristalizar as noções negativas acerca da doença. Para as autoras é necessário para além do enfoque em dados, medicina e ciência, trazer à tona a perspectiva de quem passa pela doença e como lida com ela, demonstrando perspectivas de superação. Outro dado importante estabelece que na mídia apenas os aspectos biomédicos costumam ser enfatizados e deixam-se de veicular fatores psicossociais e ambientais como relevantes para a prevenção e cuidado. Sendo assim, conclui-se que o foco excessivo em dados de mortalidade pode produzir um efeito repulsivo sobre o autocuidado e cristalizar os estigmas.

De modo geral, a literatura analisada evidencia que as representações sociais do câncer de mama e da mastectomia são majoritariamente negativas e atravessadas por estigma, articulando a doença à ideia de ameaça à vida, devastação e finitude. Isto é, o câncer é

frequentemente associado à morte, a dor e sofrimento e à algo que pode modificar imensamente a vida das mulheres que são submetidas ao tratamento e que significa a perda do controle da própria vida. Além disso, a mastectomia na visão das mulheres, está relacionada a um corpo mutilado, que “falta um pedaço” e que é vítima de estigmas, objeto de vergonha, medos e inseguranças. Nesse contexto, o câncer de mama aparece como uma “doença do mal”, cruel, intratável e envolto pelo mistério. Ainda, a doença é retratada com metáforas militarizadas de combate, batalha e guerra, o que reforça seu caráter assustador e responsável pelo medo e pela morte. Para as mulheres que fizeram a retirada da mama ou podem passar por esse processo, o corpo mastectomizado é visto como deficiente, mutilado, estranho, menos útil e digno de pena. A mama é símbolo da feminilidade, da sexualidade e da maternidade e sua retirada e cicatrizes significam um atravessamento, uma desvalidação do ser mulher e daquilo que é feminino.

No âmbito das significações atribuídas ao câncer, também emergem representações que vinculam à doença à religiosidade, à espiritualidade e à resiliência. Esses aspectos podem contribuir para que a paciente signifique e justifique sua doença e todos os aspectos negativos advindos dela. Nesse sentido, o câncer pode ser visto como uma prova, uma punição, uma oportunidade de aprendizado ou oportunidade de superação. Sendo assim, pode servir como uma estratégia de enfrentamento da doença e ressignificação do processo, ainda que em alguns casos sirva como forma de negação do tratamento.

Portanto, a pesquisa permite mapear as representações sociais do câncer de mama, contribuindo com um panorama das pesquisas realizadas sobre a temática no país. Porém, verifica-se que ainda há poucas produções que tratam das representações sociais do câncer de mama e da mastectomia no Brasil. Além disso, parte das publicações encontradas são de períodos anteriores e podem não representar o quadro atual de representações acerca do câncer de mama. Isso porque, as representações são flexíveis e passíveis de sofrer mudanças, ainda mais se tratando da evolução das comunicações ocorridas nas últimas décadas. Ainda assim, esses estudos são importantes para uma análise comparativa e indicam que, ao lado das mudanças, permanências históricas informam o modo como o objeto é significado no presente. As representações sociais sobre o câncer de mama não são estáticas: mudam conforme discursos médicos, midiáticos e movimentos sociais se transformam. Imagens fatalistas, demonizantes ou moralizantes convivem com narrativas contemporâneas de enfrentamento, reconstrução e visibilidade do corpo pós-mastectomia.

## 4 O CORPO, IDENTIDADE E ESTIGMA

### 4.1 CORPO COMO CAMPO DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O corpo, na perspectiva da psicologia social e das representações sociais não pode ser visto apenas como um invólucro biofisiológico, mas sim, como um objeto privilegiado, ao mesmo tempo privado (subjetivo) e social, cujas representações se articulam às esferas do psicológico, do social e do cultural. Os estudos acerca do corpo demonstram que as experiências, as práticas e os estados corporais aos quais estão ligadas às representações, dependem das aprendizagens sociais (Jodelet, 2017). Em outras palavras, o corpo permite reencontrar o social no interior do individual.

Sobre a representação social do corpo, Jodelet (2017) vai distinguir quatro abordagens que aparecem nos discursos sobre o tema e que baseiam-se em: referenciais sociais (‘interação social’ e ‘nocional e normativa’) e referenciais subjetivos (‘vivência corporal’ e ‘relação com o ambiente’). Os referenciais subjetivos remetem a relação que o sujeito estabelece com seu próprio corpo, sendo a “vivência corporal” (sensações, percepções, emoções) caracterizada pela experiência direta do sujeito com seu corpo e na “relação com o ambiente”, o corpo é o meio para a realização da ação, sendo o mundo exterior o ponto de referência para o agir (lugar social do corpo). Os referenciais sociais, por sua vez, partem de fontes sociais, isto é, das informações veiculadas pela comunicação social, informal ou institucionalizada. Na abordagem da “interação social” os discursos sobre o corpo são ancorados em informações que o sujeito recebe dos outros ou pela observação do outro – o que o outro disse e comparações com ele –. Já na abordagem “nocional ou normativa” os conhecimentos acerca do corpo são concebidos por meio dos grupos e sistemas institucionais dos quais o sujeito participa (escola, meios de comunicação de massa, divulgação científica etc.). Esta última se faz particularmente relevante na medida que estabelece os juízos normativos, as condutas acerca do corpo, a visão social, cultural e moral acerca dele.

Essas quatro abordagens são fundamentais para compreender como, após a mastectomia, o corpo é simultaneamente vivido como estranhamento (vivência corporal), comparado com outros corpos (interação social) e avaliado segundo normas culturais de aparência e feminilidade (nocional e normativa).

Deste modo, verifica-se que as duas primeiras abordagens (vivência corporal e relação com ambiente) envolvem o engajamento direto do sujeito com seu corpo, enquanto as outras duas abordagens (interação social e nocional/normativa) partem de uma visão externa do

corpo. Para a autora, esse sistema reproduz, ao nível da estrutura do campo das representações, a dualidade corpo privado – corpo social. Ou seja, reafirma que o corpo é ao mesmo tempo privado e social, articulando experiências vividas, subjetivas a experiências que partem do compartilhamento coletivo, do corpo enquanto objeto do discurso coletivo, de regras e normas (Jodelet, 2017). A autora acrescenta que por mais socialmente condicionadas sejam as experiências e os conhecimentos corporais, nas representações eles sempre se articulam a um discurso verdadeiramente subjetivo, que modifica o sentido e o conteúdo das aquisições sociais. Isto é, o sujeito se implicará no processo de aquisição da representação do objeto, dotando-o de especificidade.

Portanto, sendo o corpo o lugar de confluência de experiências, práticas e estados corporais diretamente ligado às representações, configura-se enquanto objeto privilegiado para a pesquisa em representações sociais. Para Jodelet, o corpo é ponto de ancoragem da relação do sujeito com o mundo, com os outros e consigo mesmo, sendo assim, um núcleo de representações. A partir desse corpo social e subjetivo observam-se normas, valores, ideologias, sendo ele, ao mesmo tempo, um lugar psicológico e um objeto social.

O corpo, enquanto objeto social, somente se constitui a partir da interação do sujeito com seu ambiente. Sendo assim, o corpo torna-se mediador do vínculo social, entre o conhecimento de si mesmo e do outro. Há, então, uma dependência do sujeito ao meio na construção da imagem de si e de seu corpo. Nesse contexto, a imagem que o sujeito elabora de si é carregada de representações que são socialmente construídas e difundidas. Essa relação ocupa lugar central na constituição das identidades e das autoimagens dos sujeitos.

Como lembra Jodelet (2000), a imagem de si se forma desde cedo na interação com o outro. Nesse horizonte, Cooley propõe o *looking-glass self*: um self social que se constitui a partir do olhar e do julgamento supostos do outro (Cooley, 2017). É nesse terreno da avaliação pública que Goffman situará o estigma.

## 4.2 ESTIGMA

O termo estigma foi criado pelos gregos e referia-se a marcas distintivas negativas (cortes e queimaduras) nos corpos de indivíduos identificados como criminosos, escravizados e traidores. Posteriormente, já na Era Cristã, o termo ganhou novos contornos, ou dois níveis de metáfora, como coloca Goffman. O primeiro estava relacionado a marca da graça divina (marcas em forma de flores em erupção), a segunda, uma perspectiva médica, uma marca no

corpo do distúrbio físico. Atualmente, o uso do termo se assemelha ao significado dado pelos gregos, o estigma é um sinal, uma cicatriz, que no caso pode ou não ser visível e identificável de forma imediata, e se estabelece com os estereótipos e preconceitos contra determinado indivíduo, classe ou etnia. Goffman alerta que o termo está mais ligado à desgraça do que à evidência corporal em si.

Partindo da perspectiva deste trabalho, que compreende o sujeito como um ser eminentemente social e fruto das aprendizagens sociais. O sujeito estabelece meios de categorizar e organizar a sociedade, as representações sociais são um exemplo dessa natureza. As categorias tornam-se padrões de comparação, aos quais os indivíduos para adequar a informação ao seu viés de conhecimento, a compara. Ao estabelecer essas categorias, algumas são consideradas normais e de forma contrária constrói-se, uma categoria distintiva e dita “não normal”, ou mesmo “anormal”. O que é comum à maioria das pessoas é estabelecido como norma, e o diferente como ameaça a ela.

Partindo da concepção categórica, há a construção de expectativas, aquelas que eu desejo que o outro atenda, há uma exigência sobre o outro daquilo que se espera dentro da normalidade social. Nesse sentido o corpo será submetido ao julgamento do contexto social com o qual interage e às normas que regem as relações interpessoais. A noção de eu-espelho de Cooley trata bem dessa relação, ao afirmar que a imagem do si social está relacionada a como ele se apresenta para o outro, a uma consciência do julgamento do outro e os sentimentos bons ou ruins advindos desse julgamento. Ou seja, os sujeitos são submetidos ao julgamento social. Há também uma comparação entre o padrão e o sujeito e nesse movimento constata-se a discrepância entre ele e o padrão social. Sendo assim, a medida é social, é construída por um padrão social, um cânone, que servirá como régua comparativa do ser (Jodelet). Esses mecanismos não são intraindividuais, são frutos sociais.

Para Goffman (1988) o estigma é um atributo profundamente depreciativo. Sendo assim, há um descrédito, uma diminuição do sujeito. O estigma surge a partir de uma discrepância negativa entre a identidade virtual e a identidade real, ou seja, entre o que se espera que o indivíduo seja, uma identidade socialmente atribuída e sua identidade real, aquilo que o sujeito efetivamente é. A identidade virtual está ligada a primeira impressão que tem do outro, é a partir do primeiro contato com o outro que se criam as primeiras hipóteses sobre ele. A identidade real está ligada a um segundo contato, após o conhecimento mínimo do outro.

Sendo assim, é quando um indivíduo ou grupo não cumpre determinadas expectativas sociais que o estigma aparece. Para (Goffman, 1988, p.7) o “estigma é um tipo especial de

relação entre atributo e estereótipo". Ele se estabelece em uma dupla perspectiva: a do desacreditado e a do desacreditável. O desacreditado é aquele que assume seu estigma, assume que sua marca é visível e é claramente distintiva socialmente. O desacreditável, carrega um estigma que não é visível de forma imediata ou não se sabe de sua existência, e é por vezes encoberto.

Goffman estabelece também três tipos de estigmas: 1) Abominações no corpo: do âmbito físicos, como deficiência ou deformidades corporais; 2) Culpas de caráter individual: estabelecida como vontade fraca, desonestidade, falsas crenças, paixões não naturais; e 3) Tribais de raça, nação e religião: aqueles transmitidos de forma congênita, pela linhagem.

Os sujeitos que vivem o estigma desenvolvem diversas estratégias para manejar os desconfortos de ser uma pessoa estigmatizada. Pode ser por via da correção direta do traço de estigma (cirurgia, prótese etc.); a supercompensação (ser muito bom em alguma coisa); reinterpretação positiva (transforma o sofrimento em forma de superação, ressignificar, sabedoria moral); estratégia de proteção de fracassos (culpar o estigma por tudo); Isolamento para evitar contato com os outros e agressividade.

Goffman também apresenta três modelos de socialização dos sujeitos que possuem algum estigma. O terceiro modelo, pertinente a esse trabalho, diz respeito àquelas pessoas que adquiram o estigma já em uma fase avançada da vida, portanto não nascem com ele ou não o adquirem na infância - como é o caso dos modelos anteriores. Este estigma pode ser dado em razão de uma doença ou um acidente por exemplo. E nesse contexto, que o autor irá trabalhar com a ideia de carreira moral, que pode ser definida como um percurso de aprendizagem do sujeito em relação ao seu próprio estigma e a reorganização das identidades ao longo do processo. Sendo assim, o sujeito acometido pelo estigma precisa se reorganizar em razão dele, reorganizando e ressignificando sua autoimagem, descobrindo novas formas de lidar com o corpo estigmatizado e conviver com o meio social. Nesse contexto, o sujeito ainda se depara com sentimentos de vergonha e aqueles relacionados a estranheza em relação a si mesmo, um não reconhecimento.

O conceito de estigma apresentado por Goffman é especialmente relevante para a análise das vivências de mulheres portadoras de câncer de mama e que foram submetidas a mastectomia. Nas representações sociais, o corpo mastectomizado é frequentemente significado como um corpo que 'falta', traduzido no imaginário como perda ou incompletude. O estigma se materializa no seio retirado, com cicatriz; na perda do cabelo e em outras marcas advindas do tratamento. Sendo assim, o conceito constitui-se como um importante instrumento conceitual de análise na compreensão da experiência dessas mulheres.

### 4.3 IDENTIDADE SEGUNDO CIAMPA

O trabalho de Antônio da Costa Ciampa é essencial para uma nova perspectiva de identidade, uma perspectiva que considera a identidade como um fenômeno de transformação. Mais especificamente, como um processo de metamorfose, cujo pressuposto está ancorado na ideia do ser como devir. Nesse sentido, o sujeito está sempre se constituindo; é produto e produtor, autor e personagem, construído a partir de determinado lugar social e tempo histórico (Miranda, 2014).

Nesse contexto, o sujeito não é visto como ser isolado, pelo contrário só é possível pensá-lo “em relação”, isto é, em relação ao outro e a si mesmo em um contexto. Nessa perspectiva, considera-se que as interações e a relação com o outro são basilares na constituição das identidades. Deste modo, o “conhecimento de si é dado pelo reconhecimento recíproco dos indivíduos identificados através de um determinado grupo social” (Ciampa, 1989, p. 64). Por isso, o autor considera a identidade um fenômeno social e não natural.

Para Ciampa (1989, p. 61) a identidade é “uma totalidade contraditória, múltipla e mutável, no entanto una”. Assim, o sujeito é visto como um ser uno que se constitui na multiplicidade e na mudança. A produção dessa identidade ocorre por meio do processo de socialização e individualização. Ou seja, só é possível por meio de seu ambiente social, na troca com os outros sujeitos, e a partir disso, e assim, ele consegue particularizar-se e individualizar-se, tornando o que é social em subjetivo.

Sendo assim, cada posição que o indivíduo ocupa o determina, fazendo de sua existência concreta uma unidade de sua multiplicidade, que o realiza no desenvolvimento dessas determinações (Ciampa, 1989). Ou seja, o sujeito nunca é uma coisa só. Uma mulher, por exemplo, pode ser mãe ao mesmo tempo em que é filha, pode ser esposa, irmã, neta. O sujeito torna-se representante de si mesmo, na medida em que se representa em diferentes papéis sociais. Nesse contexto, “as identidades, no seu conjunto, refletem a estrutura social ao mesmo tempo que reagem sobre ela conservando-a ou a transformando” (Ciampa, 1989, p. 67). Assim, é o sujeito o autor da sua identidade, singularizando o seu lugar social, mas é também personagem porque interpreta os papéis sociais predeterminados, encena a sua identidade com base em códigos de conduta sociais.

Partindo dessa perspectiva, Ciampa trabalha com os personagens e papéis sociais. Isto é, para ele, existem papéis sociais que todos os indivíduos desempenham ao longo da vida. Esses papéis são o lugar que o sujeito ocupa nas relações sociais e se relaciona a como o sujeito deve agir, sentir e pensar. Como exemplo pode-se dizer do papel da mulher, o papel

que ela ocupa socialmente e o que se espera dela dentro do desempenho desse papel. Pode-se dizer que os personagens são como o sujeito representa esses papéis em seus diferentes ambientes e relações sociais, é um representante de si mesmo. Então, a identidade aparece primeiro como uma personagem, tal como em um filme ou novela. O sujeito conta uma história sobre si. Mas ao mesmo tempo em que são personagens também são autores de suas histórias porque as encenam e as transformam, adicionando a elas singularidade. E é desse modo que Ciampa compreende a identidade, como uma complexa expressão que se realiza por meio de personagens.

Ciampa afirma a existência de uma representação prévia acerca do sujeito que é confirmada na medida em que se comporta. Há, então, um contínuo processo de identificação do sujeito com sua identidade pressuposta que a faz ser confirmada. Nesse contexto, o sujeito re-atualiza por meio de rituais sociais as identidades pressupostas. A identidade que se constitui no produto de um permanente processo de identificação aparece como um dado e não como um dar-se constante que expressa movimento do social. Sendo assim, Ciampa afirma que a identidade é movimento, é desenvolvimento concreto e é metamorfose (Ciampa, 1989).

Desse modo, o que Ciampa chama de metamorfose diz respeito justamente a esse caráter processual da identidade: ela não é um estado fixo, mas um contínuo “dar-se” em que o sujeito, ao ocupar diferentes posições sociais, encenar papéis e reatualizar identidades pressupostas, pode tanto reiterar formas já estabelecidas de ser quanto produzir deslocamentos e novas maneiras de se reconhecer. Chamar a identidade de metamorfose, portanto, é sublinhar que ela se faz no movimento, na passagem de uma configuração a outra, ainda que, muitas vezes, apareça ao próprio sujeito e aos outros como se fosse um dado estável.

Na perspectiva desse trabalho, a visão de Ciampa acerca da identidade como metamorfose, ajuda na compreensão de como a questão do “o que eu sou” pode ter diferentes respostas a depender do lugar de onde se fala, de com quem se fala e das coisas que ocorrem no ambiente em que o sujeito se insere. A partir de Ciampa, é possível compreender que a mastectomia introduz uma ruptura na narrativa de si, exigindo uma reorganização da identidade que se dá sempre em diálogo com as representações sociais disponíveis sobre corpo, feminilidade e adoecimento.

## 5 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de abordagem qualitativa, com caráter exploratório e descritivo, orientada pela Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Serge Moscovici. Essa abordagem permite compreender como grupos sociais constroem e compartilham sentidos sobre objetos socialmente relevantes, tornando-os familiares ao pensamento cotidiano. No contexto desta pesquisa, interessa acessar os significados atribuídos por mulheres que vivenciaram a experiência do câncer de mama e da mastectomia, especialmente no que tange à identidade corporal, à feminilidade e ao processo de subjetivação diante da doença. A pesquisa de campo é essencial para a obtenção de dados empíricos em seu contexto natural, possibilitando uma aproximação direta com as participantes e a apreensão de sentidos que não estariam acessíveis por meio de fontes secundárias. Conforme Andrade (2010), esse tipo de abordagem permite a observação direta da realidade; e o uso de técnicas como entrevistas e questionários são fundamentais para captar a complexidade do fenômeno estudado. Nessa direção, a Teoria das Representações Sociais, adotada como referencial teórico, alinha-se ao método qualitativo, ao buscar apreender significados socialmente compartilhados e processos simbólicos que orientam práticas e vivências.

A partir das discussões apresentadas nos capítulos anteriores, torna-se evidente que o câncer de mama e a mastectomia não se restringem a um acontecimento biológico, mas constituem experiências profundamente atravessadas por representações sociais, por normas culturais sobre o corpo feminino e por processos identitários marcados pelo estigma. O corpo pós-mastectomia torna-se um campo privilegiado onde se articulam vivências subjetivas (estranhamento, dor, reorganização de si), expectativas sociais (feminilidade, aparência, normalidade) e significados compartilhados culturalmente sobre doença, perda e reconstrução. Essas dimensões evidenciam a necessidade de investigar quais sentidos as mulheres atribuem ao seu corpo, à identidade e à experiência do adoecimento, bem como compreender como tais sentidos se constituem, se transformam e orientam suas formas de enfrentar o tratamento. Diante disso, apresentam-se a seguir os objetivos que orientaram este estudo.

## 5.1 OBJETIVOS

### 5.1.1 Objetivo Geral

Investigar as representações sociais elaboradas por mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas à mastectomia, com ênfase nos sentidos atribuídos à identidade corporal e às transformações vividas antes, durante e após a cirurgia.

### 5.1.2 Objetivos específicos

- Compreender os sentidos atribuídos ao ser mulher por mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas à mastectomia parcial ou total;
- Analisar como essas mulheres representam as mudanças corporais e sociais ao longo do tratamento oncológico
- Identificar os principais elementos simbólicos e normativos que influenciam suas representações sobre feminilidade, corpo e doença.
- Refletir sobre as contribuições da Psicologia na escuta e no cuidado com mulheres em contexto oncológico, a partir dos sentidos construídos nas entrevistas

## 5.2 METODOLOGIA DE ANÁLISE DOS DADOS

Os dados produzidos nas entrevistas foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, conforme proposta por Bardin (2016). Essa técnica permite a categorização e interpretação sistemática das falas, buscando identificar temas, imagens, metáforas e elementos simbólicos que revelem os conteúdos das representações sociais mobilizadas pelas participantes. O foco de análise se deu nos processos representacionais subjacentes aos discursos, de modo a compreender os sentidos atribuídos ao corpo, à feminilidade e ao adoecimento, em sua dimensão subjetiva e socialmente construída.

A opção por Bardin se justifica pela compatibilidade metodológica entre a análise de conteúdo e a Teoria das Representações Sociais, uma vez que ambas permitem apreender os significados construídos socialmente por meio de expressões discursivas, imagens, valores e metáforas. A técnica permite o mapeamento das representações sociais partilhadas e facilita a identificação de regularidades nos discursos das participantes.

Bardin define a análise de conteúdo como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações”. Para tanto, estabelece que devem ser utilizados procedimentos sistemáticos e objetivos, buscando descrever o conteúdo das mensagens por meio de indicadores de ordem quantitativa ou não, os quais permitam a inferência e possibilitem conhecer as condições de produção e recepção da mensagem. A inferência é um pilar central no método de Bardin, é ela que possibilitará uma interpretação dos dados, constituindo-se enquanto uma etapa intermediária entre a descrição e a essa interpretação.

A análise temática pode ser organizada a partir de três polos cronológicos: 1) pré-análise; 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

O principal objetivo da pré-análise é operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais, desenvolvendo uma forma de organização que resultará em um plano de análise, ou seja, construir os próximos passos da análise. Deste modo, o analista deve partir da leitura flutuante (primeiro contato com os documentos), a escolha dos documentos que irá analisar; deve formular hipótese e os objetivos e também deve elaborar indicadores que irão fundamentar a interpretação final (Bardin, 2016). A exploração do material irá se basear em operações de codificação (ação de recorte, enumeração e classificação em categorias), decomposição ou enumeração dos conteúdos das mensagens e dos dados. Por último, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos, caracterizando a etapa de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A partir desse percurso de análise metodológica densa e profunda e com a contribuição de um referencial teórico das representações sociais, será possível tratar os dados em busca de sentidos atribuídos pelas mulheres com câncer de mama a sua experiência com a doença, principalmente em relação ao procedimento cirúrgico.

Para Bardin, o interesse da análise de conteúdo não está na descrição do conteúdo da mensagem, mas sim no que ela esconde, ou no que ela pode revelar àquele que a analisa, após serem devidamente tratadas. A autora destaca ainda que a tentativa daquele ou daquela que se propõe à análise temática, é dupla: “compreender o sentido da comunicação, mas também, e principalmente, desviar o olhar para outra significação, outra mensagem entrevista por meio ou ao lado as mensagem primeira.” (Bardin, 2016, p. 47). A partir dessa perspectiva é possível compreender a pertinência do uso da análise de conteúdo para este trabalho, visto que, por meio do acesso à fala das pacientes com câncer de mama e sua inferência e interpretação, será possível acessar o não dito, e principalmente os significados de sua vivências enquanto mulheres portadoras da doença.

### 5.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e questionário socioeconômico, ambos elaborados com base nos pressupostos da Teoria das Representações Sociais. A coleta de dados foi realizada em um serviço de saúde que atende mulheres com câncer de mama na cidade de Goiânia, Goiás. As entrevistas foram realizadas de forma presencial, tiveram duração de 50 a 60 minutos e foram gravadas para posterior transcrição e análise. As entrevistas formam o principal instrumento qualitativo e foram elaboradas e organizadas em blocos temáticos que contemplam as seguintes dimensões: (1) identidade e corpo antes do diagnóstico; (2) vivência com o câncer e a mastectomia; (3) representações sobre corpo, feminilidade e doença; e (4) percepções sobre cuidado psicológico. O roteiro completo da entrevista encontra-se no Apêndice A.

A escolha de perguntas abertas favorece a articulação entre as experiências individuais e as construções sociais dos sentidos, possibilitando o acesso aos processos de ancoragem e objetivação, centrais na teoria. O questionário socioeconômico (ver Apêndice B) foi utilizado para descrever o perfil das participantes, abordando variáveis como a idade, escolaridade, ocupação, renda familiar, situação conjugal e aspectos do tratamento oncológico. De acordo com Martins e Theóphilo (2007), o uso combinado de entrevistas e questionários permite captar múltiplas dimensões do objeto pesquisado, oferecendo uma visão mais completa e contextualizada do objeto. Nesse contexto, a entrevista possibilita a escuta qualificada de experiências, enquanto o questionário situa as participantes em seus contextos sociais, culturais e econômicos.

### 4.4 UNIVERSO DA PESQUISA

O universo da pesquisa foi composto por três mulheres. Dentre os critérios de inclusão para a pesquisa estão: mulheres maiores de 18 anos, diagnosticadas com câncer de mama e que tivessem passado pela cirurgia de mastectomia (parcial ou total) nos últimos três anos com ou sem reconstrução mamária, que ainda estivessem em tratamento e ou acompanhamento ambulatorial e que aceitassem participar da pesquisa de forma voluntária. Como critério de exclusão: mulheres que não concordarem em participar da entrevista e/ou não assinarem o TCLE, menores de 18 anos e que não estivessem em Goiânia. Não houve restrição quanto à condição socioeconômica. A seleção foi intencional, considerando os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos e o convite ocorreu de forma presencial e

também via aplicativo de mensagens. No projeto submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), previu-se a participação de até quatro mulheres, conforme disponibilidade e critérios de inclusão. Durante a etapa de recrutamento, três mulheres concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), compondo assim a amostra final do estudo.

Com intuito de resguardar a privacidade das participantes, o nome verdadeiro delas foi modificado. Com isso, durante a entrevista foi solicitado que as participantes escolhessem um nome fictício para que fossem representadas no trabalho, por isso, serão identificadas como Ana, Rô e Vitória. Assim, no decorrer do texto será utilizado somente o gênero feminino para se referir às participantes.

#### 5.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, o projeto deste trabalho foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP/UFG), em conformidade com os princípios da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas que Envolvendo Seres Humanos. Reafirma-se que todas as participantes foram devidamente informadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa e foi solicitado a assinatura do TCLE, garantindo sua participação voluntária. Além disso, foi reforçado que a participação é totalmente voluntária, sendo garantido às participantes o direito de recusar ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e/ou etapa. A confidencialidade das informações foi assegurada, e os dados coletados foram utilizados exclusivamente para fins científicos, mantendo-se o anonimato das participantes e sendo armazenados com segurança com acesso apenas aos pesquisadores responsáveis pela pesquisa. O parecer favorável nº7.915.526 foi emitido no dia 20 de outubro de 2025 pelo CEP/UFG, demonstrando conformidade com os critérios éticos em pesquisa com seres humanos (ver Anexo A).

Para que ocorresse a aplicação dos instrumentos de coletas de dados foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com as explicações acerca dos objetivos da pesquisa, a garantia do anonimato, o sigilo das informações, a liberdade de participação e o direito da desistência em qualquer momento (ver Apêndice C). Nesse sentido, foi dado às participantes um tempo para a leitura completa do TCLE e para que todas as dúvidas fossem esclarecidas. Após isto, os direitos de desistência e a garantia do anonimato

foram reiteradas. As entrevistas foram realizadas em local adequado, garantindo a privacidade, o conforto e a segurança das participantes.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Enquanto instrumento de coleta de dados utilizou-se do questionário e da entrevista semiestruturada. Nesta seção serão apresentados tanto resultados dos questionários quanto das entrevistas, sendo dividida em dois tópicos: perfil das participantes e a análise das entrevistas.

### 6.1 PERFIL DAS PARTICIPANTES

Participaram desta pesquisa três mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que no momento da coleta de dados se encontravam em tratamento em um hospital localizado na cidade de Goiânia, Goiás. Conforme apresentado na seção de Metodologia, as participantes escolheram nomes fictícios para serem representadas na pesquisa: a participante 1 optou pelo nome Ana, a participante 2 optou pelo nome Rô e a participante 3, optou pelo nome Vitória. No Quadro 2 estão descritos os dados sociodemográficos das três mulheres.

**QUADRO 2** - Dados Sociodemográficos

Nome	Idade	Estado Civil	Ocupação atual	Renda	Composição familiar
Ana	63 anos	Viúva	Ensino Superior completo	Dona de casa	Reside sozinha
Rô	48 anos	Divorciada	Pós-graduação	Costureira	Reside com o filho de 14 anos
Vitória	67 anos	Divorciada	Ensino Médio completo	Dona de casa	Reside sozinha

Fonte: elaborado pela pesquisadora com dados do questionário (2025)

Observa-se uma diferença de idade entre a participante Rô e as outras duas participantes (Vitória e Ana). Nenhuma das participantes mantém relação conjugal no momento, sendo uma viúva e as outras duas divorciadas. No que se refere à escolaridade, verifica-se certa proximidade entre os níveis de formação, entre Ana e Rô, que possuem ensino superior completo, Ana com uma graduação e Rô com uma pós-graduação, apesar de atuar como costureira. Nota-se uma discrepância em relação à renda familiar: Ana situa-se na faixa de um a três salários mínimos juntamente com Vitória, enquanto Rô situa-se na faixa de até um salário mínimo. Em relação à composição familiar, Ana e Vitória moram sozinhas e Rô mora com o filho adolescente.

**QUADRO 3 - Dados Clínicos**

Nome	Ano do diagnóstico	Ano da cirurgia	Local da cirurgia	Tipo de mastectomia	Realização da reconstrução mamária
Ana	2021	2022	Mama esquerda	Total unilateral	Não
Rô	2025	2025	Mama direita	Parcial unilateral	Não
Vitória	2025	2025	Mama esquerda	Parcial unilateral	Não

Fonte: elaborado pela pesquisadora com dados do questionário (2025)

Em relação às questões de ordem clínica, como é possível visualizar no Quadro 3, Ana passou por cirurgia no ano de 2021 e Rô e Vitória em 2025. Ana realizou a cirurgia após um ano do diagnóstico e Rô e Vitória passaram pelo procedimento no mesmo ano do diagnóstico. Há uma diferença em relação ao local e ao tipo de mastectomia: Ana realizou uma mastectomia total da mama esquerda, ou seja, fez a retirada total da mama; e Vitória e Rô fizeram uma mastectomia parcial ou quadrantectomia na mama esquerda e direita respectivamente, ou seja, fizeram a retirada de uma parte da mama onde se localizava o tumor juntamente com uma margem de segurança. Nenhuma das participantes passou pela reconstrução mamária, nos casos de Rô e Vitória a reconstrução não se aplicava aos casos.

O questionário também continha uma questão acerca do recebimento ou não de apoio psicológico durante o tratamento e todas as participantes marcaram afirmativamente.

A partir desse questionário é possível observar que as mulheres passaram por experiências distintas em relação a cirurgia e partem de realidades sociodemográficas também diversas. Esse fato é interessante para a análise de perspectivas múltiplas em relação à experiência enquanto mulheres com câncer de mama que passaram pela cirurgia.

Ainda sobre os dados clínicos, as pacientes detalham, no decorrer das falas das entrevistas, seu processo de tratamento. Ana, por apresentar um quadro mais agressivo da doença, passou pela quimioterapia, pela cirurgia e pela radioterapia. A retirada total da mama foi necessária em razão da grande quantidade de nódulos presentes em seu seio. Além disso, Ana encontra-se hoje em quadro de metástase, isto é, o câncer se disseminou para outra região de seu corpo, nesse caso, para os pulmões. Rô e Virgínia passaram pela cirurgia como primeiro passo do tratamento, sem necessidade de se submeterem a sessões de quimioterapia. Atualmente, Vitória está em vias de iniciar sessões de radioterapia.

Além disso, tanto Vitória quanto Rô passaram por duas cirurgias. A primeira para a retirada do tumor com a margem de segurança. E a segunda, feita após a biópsia do tecido retirado, para um aumento da margem de segurança. Isso significa, que após a biópsia ainda

foram encontrados resquícios do tumor que precisou ser retirado para evitar uma nova formação de massa tumoral no local. O aumento ou aprofundamento das margens de segurança servem para diminuir as chances de recorrência do câncer no local da cirurgia.

## 6.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As entrevistas foram organizadas em blocos temáticos que contemplaram as seguintes dimensões: (1) identidade e corpo antes do diagnóstico; (2) vivência com o câncer e a mastectomia; (3) representações sobre corpo, feminilidade e doença; e (4) percepções sobre cuidado psicológico. Após a realização da pré-análise e da exploração do material surgiram os seguintes temas: Sentimentos em relação ao diagnóstico; Representação da doença; Representações sobre o corpo e identidade; Fé e religiosidade e Apoio Social.

Destaca-se que a categorização foi realizada com o objetivo prático de organizar os temas identificados como mais relevantes para a discussão do presente trabalho. Sendo assim, a divisão em categorias não é, de forma alguma, uma tentativa de separação, mas sim de organização do conteúdo. Ao longo da leitura do trabalho será possível observar que as categorias são permeáveis e estão intimamente ligadas em uma teia de sentidos e significados que permitem hora a aproximação, hora a distinção das experiências retratadas. Por isso, ao longo da exposição elas serão relacionadas e interseccionadas.

Outro destaque é feito em relação a escolha de inserir quadros. Essa escolha busca organizar e centralizar melhor os relatos das pacientes. Sendo essa uma escolha analítica, a distribuição das falas em quadros possibilita a comparação dos discursos e a rápida identificação dos elementos relevantes.

### 6.2.1 Sentimento em relação ao diagnóstico

Nessa categoria reuniu-se falas acerca das experiências e sentimentos relacionados ao diagnóstico da doença. Como é possível observar no Quadro 4, uma das participantes (Vitória), relata sua experiência com o diagnóstico como tranquila. De forma distinta, as outras duas participantes (Rô e Ana) revelaram que foi uma experiência de grande impacto significadora pela tristeza.

**QUADRO 4** - Percepção sobre o diagnóstico

Participante	Transcrição da fala
Vitória	<p>“Para minha surpresa...tranquilo (risos) como eu falava para você né...eu até tipo assim, brindei com os meus irmãos para dar a notícia né, vamos brindar a vida, vamos brindar a saúde, porque eu estava com saúde né, não estava tendo nada, nem dores, nem sentia o tumor, nem nada, então eu tava bem”</p> <p>“[...] Eu encarei de boa né, desde o início, eu não tive aaa, não tive nenhum momento eu pensei que fosse grave, eu pensei sempre que foi muito leve, tudo foi muito leve. Até em então foi tudo muito leve né, até a cirurgia né (risos)”</p>
Rô	<p>“Ah pra mim aquele dia [do recebimento do diagnóstico] desabou , porque eu vivo só com meu menino e minha mãe mora longe (choro) e foi um baque, sabe?! Eu não vou mentir não, foi um baque muito grande quando descobriu (choro intenso) mas graças a Deus, Deus é tão bom que saiu tudo tão rápido”</p>
Ana	<p>“Foi muito difícil. Eu sou uma pessoa evangélica e nesse momento eu tava assim, eu tava com a minha irmã, eu tava num momento que eu só buscava, eu buscava a Deus todo o tempo. Mas ao saber, eu fiquei muito triste, muito assim com medo, porque a gente fica mesmo, né? Até porque quando eu cheguei aqui, o médico olhou meus exames e ele disse que eu só teria três meses de vida [...]”</p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

O relato de Vitória sobre o recebimento do diagnóstico revela uma diferença acerca do que é mais comum em pacientes com câncer de mama. Comumente, o diagnóstico é recebido com muita tristeza e sentimentos de medo e ameaça à vida (Maroun *et al.*, 2024; Silva, 2008). O medo do diagnóstico é muito frequente nesse tipo de pacientes. No entanto, Vitória afirma recusar o “*negativismo*” e atribui a leveza com que percebe o próprio tratamento ao “*meu positivismo*”. Esse modo de enxergar o diagnóstico demonstra uma maneira distinta de lidar com a nova realidade.

Ao registrar a surpresa em relação ao diagnóstico - “para minha surpresa...tranquilo” ela sugere que a sua reação não é a mais comum, nem mesmo para ela. Isso indica que é socialmente esperado que a paciente com esse diagnóstico sofra. Ao mesmo tempo que a participante tenha considerado o seu diagnóstico “tranquilo”, mais adiante em seu discurso, o câncer irá aparecer como algo destruidor na vida de qualquer mulher que o receba. O fato de a paciente relatar com surpresa a forma como encarou o diagnóstico reforça a ideia de que, encarar o câncer com positivismo constitui para ela, uma estratégia de enfrentamento diante uma realidade difícil de encarar.

Os estudos acerca do enfrentamento do câncer de mama apontam que o coping não se reduz a uma resposta única, mas constitui um conjunto de esforços cognitivos, emocionais, comportamentais e relacionais mobilizados pelas mulheres para lidar com o diagnóstico, com

os tratamentos e com as ameaças que a doença coloca à vida, ao corpo e à identidade. De acordo com Lyra et al. (2022), estudos mostram que os pensamentos positivos, o controle emocional, a busca por informações, a religiosidade e o suporte familiar e social são estratégias de enfrentamento comuns em diferentes contextos socioculturais e fases do tratamento. Nesse contexto, Vitória encontra no positivismo uma forma ativa e adaptativa de lidar com a doença, ancorando-a em um repertório baseado na leveza e normalidade.

Ao contrário, para Rô e Ana o diagnóstico teve um impacto negativo em suas experiências de vida. Durante a entrevista, percebeu-se a mudança de semblante; Rô, não conteve a emoção que a memória evoca e chora ao narrar o episódio. Além disso, no caso de Rô é possível observar-se uma preocupação com o futuro do filho e a ausência de apoio durante o tratamento. Tais preocupações que podem vir com esse diagnóstico são legítimas, sendo este momento considerado de fragilidade, espera-se apoio das pessoas mais próximas. Rô, com um filho ainda menor para cuidar e sem rede de apoio próxima, se preocupa com as necessidades da criança.

De acordo com Guerreiro et.al. (2025) essa preocupação é um dos impactos comuns que a doença gera na vida dessas mulheres. Em geral, muitas mulheres têm que se afastar do trabalho para o tratamento, além de o diagnóstico afetar às vivências das expectativas sociais ligadas à maternidade e às tarefas domésticas. Além disso, os impactos sofridos por mulheres adultas estão diretamente ligados à maternidade, ao trabalho e ao cuidado com os filhos e gestão da casa. Em segundo plano, a fala da participante também revela a preocupação com a morte. Diante de sua preocupação pode-se fazer a leitura de que ela tem medo de morrer e deixar o filho desamparado, ou mesmo de que o tratamento poderia a debilitar tanto que ele poderia ficar desassistido.

Nesse contexto, tanto o relato de Ana quanto o de Rô evidenciam uma preocupação legítima e comum diante do diagnóstico de câncer de mama. De acordo com Venâncio e Leal (2004), entre as preocupações mais frequentes em casos de câncer de mama estão a perda de controle da vida; mudanças na autoimagem; medo de dependência; estigma; a raiva; o isolamento e o medo da morte. Deste modo, o diagnóstico é investido de uma intensa carga simbólica negativa. Maluf et.al. (2005) destacam que os impactos psicológicos surgem desde a suspeita, na descoberta dos nódulos e no choque inicial, acompanhando as pacientes até uma possível aceitação da doença.

## 6.2.2 Fé e Religiosidade

Essa categoria é legítima, pois emergiu da frequência discursiva, nas entrevistas, de referências a Deus, de expressões religiosas e da atribuição de centralidade à fé na narrativa das participantes. Compreende-se que, nesse contexto, há forte influência da perspectiva religiosa nas representações e nas justificativas que essas mulheres atribuem à sua experiência com a doença. Desse modo, torna-se relevante compreender o lugar da religiosidade na vida dessas mulheres. Por esse motivo, a religiosidade foi delimitada como eixo analítico específico, de modo a possibilitar a compreensão de seu papel na organização dos sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento.

Como se pode observar na categoria anterior, as pacientes tendem a justificar a doença em termos religiosos, de modo que tudo o que acontece é compreendido como estando sob a permissão ou a vontade de Deus. Esse aspecto relaciona-se ao lugar de destaque que a religião ocupa no cotidiano dessas mulheres, o que será desenvolvido a seguir. De modo geral, as participantes afirmam que sempre mantiveram uma relação próxima com a espiritualidade e a fé; contudo, com o diagnóstico, esse vínculo se intensificou, como é possível observar nos relatos apresentados no Quadro 5.

**QUADRO 5** - Relação com a fé após o diagnóstico

Participante	Transcrição da fala
Vitória	<i>“[...]eu fiquei muito mais com o câncer e com o câncer mais ainda. Eu acredito que tem muito do mover de Deus, né. Nesse tempo eu acredito que a espiritualidade me ajudou muito, porque eu tive muita serenidade, muita paz, muito equilíbrio, muito dessa coisa de não ter me apavorado, de ter encarado. Não fiquei desesperada, com certeza, com certeza absoluta que foi a espiritualidade”</i>
Rô	<i>“[...] eu sempre tive [fé], mas com o tumor foi mais. A fé aumentou. Eu sempre fui assim...uma pessoa de fé, sempre fui, e sempre fui para os outros. Sempre fiz campanha pros outros, novena para os outros. E para mim, eu nunca fazia. E com o tratamento, eu não fazia pra mim, eu só fui, mas com fé de pedir cura para mim.”</i>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

A religiosidade constitui um importante processo de ancoragem das representações, oferecendo às participantes modelos simbólicos para interpretar o sofrimento, a cura e a trajetória da doença. Nesse contexto, a referência a Deus emerge como fonte de explicação, força e amparo diante do câncer. As participantes também atribuem a Deus a possibilidade de cura, o que se evidencia em falas como as de Ana e Rô (Quadro 6).

QUADRO 6 - Cura pela fé

Participante	Transcrição da fala
Rô	<p><i>"[...] e sempre assim, fui com fé sabe, sempre ia na igreja, pedia a Deus o que fosse da permissão dele. Se fosse de retirar [a mama]....que se não fosse também...de curar, que eu ia entender...se for de dar de novo também[...]"</i></p> <p><i>"Eu fui mesmo em Trindade, antes de fazer a cirurgia, como se Deus tivesse tocado em mim, sabe. O padre jogou água benta bem onde estava o tumor e então assim,...uma mulher que também passou, depois de já ter terminado tudo, ela voltou e jogou a água benta onde tava o tumor. Então pra mim foi um sinal de Deus de que eu ia ser curada. A gente tem que ter fé, porque se não tiver fé..."</i></p>
Ana	<p><i>[...] pedir que Deus, que Ele me cure, me dê vida, que eu quero fazer a obra de Deus e continuar aí"</i></p> <p><i>"Até porque quando eu cheguei aqui, o médico olhou meus exames e ele disse que eu só teria três meses de vida. Aí a minha irmã começou a chorar e eu disse pra ele assim, pra ela, por que tu choras? Deus está usando a boca dele pra dizer que vai me curar através de um milagre. Aí o médico ficou com tanta raiva, levantou e me deixou lá sozinha".</i></p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

Para a paciente Ana a igreja torna-se mais representativa. A participante relata ser sozinha e não possuir uma rede de apoio familiar que realmente lhe ofereça suporte. Mas é possível identificar que ela encontrou na Igreja um lugar de carinho e afeto, uma comunidade que a apoia. Ela relata: *"[...] aí eles têm aquela preocupação, eles me ligam, me mandam mensagem [...] Então eu não tenho ninguém aqui, mas eu tenho essa família de Deus que vai me ver. Então já é uma coisa boa."* Desse modo, a participante encontra nos seus irmãos de fé uma rede de apoio que lhe faz bem. Esses relatos demonstram que a espiritualidade é um importante fator de influência e significação das mulheres com câncer de mama durante o seu tratamento. Nesse sentido, ela é vista como importante elemento de fortalecimento da paciente, proporcionando alívio para o sofrimento e também auxiliando a paciente a obter uma perspectiva mais positiva em relação ao seu diagnóstico (Guerreiro et.al., 2025).

A religião e a espiritualidade podem ser utilizadas como estratégia de enfrentamento diante do estresse decorrente do diagnóstico de câncer de mama. Em pesquisas relacionadas ao tema busca-se a classificação do chamado Coping religioso/espiritual. Essa estratégia de enfrentamento pode ser positiva e/ou negativa, deste modo, o sujeito pode encarar o fenômeno estressor de forma a resolver o problema, reavaliar, ressignificar, por meio do autocontrole, pelo suporte emocional ou pela religião.

Veit e Castro (2013), encontraram em sua pesquisa que o coping positivo é mais frequente que o coping negativo nos casos que envolvem mulheres com câncer de mama. Além de ser um recurso amplamente mobilizado na fase inicial da doença (diagnóstico) e no pós-cirúrgico. Entre as estratégias positivas listadas pelos autores estão: a busca de apoio e conforto em Deus; a reinterpretação positiva da situação e a construção de sentido para a doença. Esse tipo de coping relaciona-se com maior bem-estar emocional, com a redução do estresse e da angústia, com uma maior qualidade de vida e com um maior suporte social recebido. Já o coping negativo inclui o sentimento de sentir-se abandonada ou punida por Deus e um descontentamento que provoca um conflito com a fé.

No caso desta pesquisa, os resultados demonstram que há um coping positivo entre as participantes, isto porque, há uma tentativa de compreensão da situação por meio da religião, bem como, uma reinterpretação positiva da situação. Para Goffman (1988), o sujeito estigmatizado irá buscar diferentes estratégias para lidar com ele, entre elas está justamente a reinterpretação positiva, um modo de enfrentamento que ressignifica o sofrimento, buscando a superação do estigma.

Nesse contexto, o coping religioso/espiritual constitui-se como um importante recurso de enfrentamento para o quadro oncológico. O coping positivo relaciona-se intensamente com um quadro de melhor adaptação e bem-estar, enquanto o negativo está relacionado a uma pior saúde mental e maior sofrimento. Por essa razão, a religiosidade deve sempre ser levada em consideração na avaliação clínica e nas estratégias de acolhimento e cuidado (Veit; Castro, 2013).

Articulando esses achados ao referencial da TRS, as estratégias de enfrentamento não podem ser compreendidas apenas como fenômenos intraindividuais, mas sim, como uma forma de ação e de significação ancorada em representações sociais partilhadas acerca da doença, do corpo e relacionadas a própria vida do sujeito. Sendo assim, o coping pode ser visto como um conjunto de práticas que guiam as ações dos sujeitos de modo a significar, por meio de ancoragem e objetivação, a realidade cotidiana. Deste modo, ao justificar e atribuir sentido à doença como “monstro” uma “lição” ou como um “bicho-papão”, as mulheres buscam sua compreensão e ao mesmo tempo encontram uma forma que as orienta em como enfrentá-la.

### 6.2.3 Apoio social percebido

Nesta categoria, reuniram-se falas sobre o apoio que foi recebido durante o tratamento, em relação aos profissionais que atuam e atuaram nesse período, com destaque para a atuação da Psicologia. De modo geral, todas as pacientes afirmam ter recebido apoio psicológico desde o início e que ele foi de suma importância na construção de uma melhor perspectiva do processo – como é destacado no Quadro 7. Além do apoio psicológico, as pacientes relataram o apoio de outros profissionais da equipe, como médicos, fisioterapeutas e nutricionistas, cujas intervenções também oferecem benefícios para o bem-estar da mulher.

**QUADRO 7** - Perspectiva sobre apoio multiprofissional

Participante	Transcrição da fala
Vitória	<p><i>“Eu recebi um apoio muito grande, que eu não esperava, mas também não achava que não ia ter [...] eu fui bem recebida, tive muito apoio, inclusive da psicóloga. A terapia é muito importante, porque a gente acaba que acha que dá conta, eu mesma fugia de psicólogos, fugia de psiquiatra. Cheguei num ponto que precisei dos dois né. E tudo foi muito positivo né. O apoio dos psicólogos. Eu tive apoio da nutricionista, fisioterapeuta, amei os médicos, os residentes [...]”</i></p> <p><i>“[...]é muito importante sim [o apoio psicológico]. Hoje eu vejo que a análise é de suma importância para o nosso mental.”</i></p>
Rô	<p><i>Ah, muito importante. Se todas as pacientes procurassem, ajudaria muito, muito mesmo.”</i></p> <p><i>“Aí, no medo, diminui. Até na questão de me valorizar e a autoestima e tudo. Então assim, traz segurança, a psicologia. Você passar por uma psicóloga traz segurança. Eu acho que é muito importante, toda paciente passar com a psicologia.”</i></p> <p><i>“A fisioterapia é muito importante também. [...] Das pessoas que estão mais próximas da gente também né, seria importante né, que são poucas. Você ouve mais ponto negativo do que ponto positivo. Mas amizade, você ter.”</i></p>
Ana	<p><i>Eu acho que é muito bom porque ela [a psicóloga] faz a gente descobrir coisas que a gente tem que viver.”</i></p> <p><i>“E eu sei que se eu sair dessa, e se eu viver muitos anos, como essa moça lá no Peru, é tudo por Deus, porque... Porque eu sei que os médicos são muito bons, são muito atenciosos. Deus usa eles pra nos ajudar, né? Sim. Mas, pela força, pelo apoio humano, só vocês mesmo.”</i></p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

A pesquisa de Guerreiro et.al. (2025) aponta que os profissionais de saúde que prestam assistência para essas mulheres, são elementos-chave no processo. Para as autoras, a equipe multidisciplinar desempenha um papel crucial na adaptação das mulheres, desde diagnóstico até a fase mais aguda da doença. Isso porque, eles podem oferecer uma nova

perspectiva sobre a vida, contribuir para o fortalecimento da autoestima, e na construção de estratégias de enfrentamento adequadas, proporcionando assim, melhor qualidade de vida à paciente. As entrevistadas encontram no serviço uma rede de apoio que, por vezes, não encontra em outro espaço. Percebe-se que a psicologia tem um papel fundamental na construção de novas formas de enfrentamento e adaptação ao contexto do diagnóstico. Além disso, as falas demonstram a importância do cuidado integral em saúde, a partir de uma equipe multiprofissional que irá atender a paciente considerando e respeitando a sua singularidade.

Embora o apoio dos profissionais de saúde se revele valioso para as pacientes, identifica-se uma carência em relação à rede de apoio seja familiar ou social. Essa falta de apoio durante o tratamento fica evidente principalmente na fala de Rô e Ana (Quadro 8), que relata não ser acompanhada em suas consultas periódicas. A paciente afirma ainda, que o único apoio que recebe vem do serviço de saúde onde é atendida e que, se não fossem os profissionais do hospital, ela já teria desistido do tratamento.

**QUADRO 8** - Percepção sobre a falta de apoio

Participante	Transcrição da fala
Ana	<p><i>“E pra mim foi muito difícil, assim, porque eu sempre fui pro médico sozinha. Eu fiz quimio sozinha, eu fiz rádio sozinha. Eu nunca tive companhia assim, acompanhante. Sempre é só.”</i></p> <p><i>“A igreja me abandonou, os filhos me abandonaram, a família. Não entendo, eu não entendi. Quando alguém tá doente, a gente se junta para cuidar, para ajudar, mas ninguém quis”.</i></p>
Rô	<p><i>[...] porque eu vivo só com meu menino e minha mãe mora longe [...]</i></p> <p><i>“O que vem primeiro na cabeça, né...o filho. Porque é só eu e ele, mora comigo, o pai mora longe, o pai não é presente [...]”</i></p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

Rô é menos explícita, mas o seu discurso demonstra a ausência de uma rede de apoio. No seu caso, é uma mulher divorciada e o pai de seu filho não é uma pessoa com a qual ela possa contar. A mãe, que mora longe, não pode oferecer o suporte que ela precisa, além disso, a paciente relata que a mãe é *“muito doente”*. Ainda no contexto do amparo, Rô afirma que o apoio das pessoas que estão próximas seria muito importante durante o tratamento e que são poucas as pessoas que estão dispostas a estar presente para contribuir com coisas positivas. Ela compartilha que: *“[...]você ouve mais ponto negativo do que ponto positivo[...].* Demonstra, assim, que as pessoas que se aproximam trazem o viés negativo da situação e não

para apoiar. A participante compartilha também que manter amizades é uma forma de apoio muito necessária.

A falta de apoio evidenciada nas falas das pacientes pode estar ligadas a como as pessoas ao redor delas enxergam mulheres com câncer de mama. Durante a entrevista os relatos das três participantes revelam uma mudança na forma de tratar dessas mulheres. Nos casos de Rô e Ana estão estritamente ligadas a um tratamento negativo que resulta em um afastamento em relação a elas. Já na experiência de Vitória, o diagnóstico teve majoritariamente o efeito contrário, o de maior proximidade e cuidado com ela, como é possível observar no Quadro 9.

**QUADRO 9** - Visão de pessoas próximas em relação a mulher com câncer de mama

Participante	Transcrição da fala
Vitória	<i>“[...] quando foi diagnosticado, as minhas amigas, os familiares, as pessoas...Eu senti que para muitos ficaram preocupados, outros ficaram tristes, outros olhavam para mim com pena né. Até assim, [...] o comportamento dos meus irmãos comigo...são todos legais, mas mudou muito. Todo mundo cuidando de mim, preocupado comigo, queria me satisfazer nas coisas e...eu tive mais atenção, isso foi, da minha família, dos meus familiares eu tive muita atenção. Eu acho que os meus sobrinhos, eles...eles ficaram mais amorosos né, não que não sejam, que não foram né, mas eles ficaram mais...tipo assim, quiseram ficar mais perto e preocupados, mas ao mesmo tempo é...incentivando coisas boas, assim....que vai ficar tudo bem[...]”</i>
Rô	<i>“Enxerga, enxerga. Você escuta muita coisa assim, você não vai viver, que vai dar de novo. Que agora você não é a mesma pessoa, que agora você não pode levar a mesma vida que tinha. Então assim, as pessoas realmente olham diferente, te tratam como uma pessoa anormal”</i>  <i>“[...] são poucas as pessoas que aumentam sua autoestima, a maioria te põe mais mal.”</i>
Ana	<i>“Eu achei que as pessoas, principalmente meus filhos, eles se afastaram. Como se eu tivesse com uma doença contagiosa que podia contagiá-los, né? Mas eu acho que na realidade eles se afastaram pra não ter trabalho. Eles imaginavam que eu ia dar muito trabalho [...]”</i>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

Nesse contexto, o apoio familiar serve como um suporte emocional e de cuidado que pode ser importante na redução do estresse, no sentimento de valorização e na percepção de relevância; isto é, faz a mulher sentir que é importante e que não está sozinha em uma jornada que pode ser muito desafiadora. Todo esse contexto de valorização promove uma maior motivação para a continuidade do tratamento (Guerreiro et.al., 2025). De acordo com

Ambrósio e Santos (2015), estudos internacionais apontam que, em termos de qualidade de vida, o apoio social e familiar parece contribuir para o bom funcionamento social da mulher com câncer de mama, nesse contexto, pacientes que têm acesso a um evidente apoio psicossocial possuem uma melhor qualidade de vida a longo prazo. Portanto, o apoio psicossocial é de suma importância para o bem-estar das pacientes acometidas pelo câncer de mama e sua ausência pode significar um prejuízo em sua qualidade de vida e uma pior experiência com o tratamento. Funcionando como mediador das experiências estigmatizantes, minimizando sentimentos de inadequação e reforçando a reconstrução identitária

#### 6.2.4 Representação da doença

Esta categoria reúne as representações sociais da doença evidenciadas nas falas das participantes. De modo geral, emergem representações associadas ao sofrimento, ameaça à vida e a destruição. Tais sentidos convergem com achados de pesquisas anteriores sobre as representações sociais do câncer de mama, que igualmente descrevem a doença como marcada por significados de medo, dor e perda.

**QUADRO 10** - O que é câncer

Participantes	Transcrição das falas
Vitória	<p><i>Mas assim, no geral, o câncer, o diagnóstico de câncer, de qualquer tipo que seja, ele traz, muitas....destruição na vida de uma mulher, cânceres de mulher, de útero, de colo, de mama.”</i></p> <p><i>“O câncer é uma coisa ruim né, o câncer é uma coisa ruim[...]”</i></p> <p><i>“A gente sabe que qualquer diagnóstico de câncer né...só a palavra câncer né, é cancerígeno. É tipo assim...maligno né.”</i></p>
Rô	<p><i>“Uma coisa ruim, o câncer é uma coisa ruim. Medrontosa, que dá medo. Uma palavra pesada”</i></p> <p><i>‘[...] já é uma palavra que te destrói, por dentro”</i></p> <p><i>“[...] quando se fala câncer, cê já pensa assim, que é uma coisa que não tem cura, no início que a gente pensa. É a sua destruição [...] Por isso, a gente tem que lutar contra ele.”</i></p> <p><i>“Então quando eu descobri que tinha câncer, o que veio no pensamento? vou morrer de câncer né”</i></p>
Ana	<p><i>As pessoas têm o câncer como um bicho papão. O câncer é um monstro, que na realidade é [...]</i></p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

As participantes significam a doença como algo que precisa ser superado, em que há uma batalha contra um monstro (bicho papão) que é doença. A palavra câncer é representada por elas como pesada, que destrói e é maligna, como é possível observar nos discursos de Vitória e Rô.

Nas falas apresentadas no Quadro 10 as participantes tentam compreender e assimilar a doença ancorando-a em ideias que já conhecem, por isso, tratam a doença como “luta” ou como algo “maligno”, que traz “destruição” para vida; como uma “coisa ruim”, e “medrontosa”. As participantes objetivam a doença em figuras como a do “bicho papão”, um monstro que persegue, causa o mal e assusta. Além disso, as experiências e sentimentos são materializados na própria palavra que ganha poder próprio de destruição, como no caso da palavra câncer, que também adquire uma concretude por meio do peso, “que te destrói por dentro”. Pode-se afirmar que essas adjetivações são dadas ancoradas em ideias e categorias já presentes na sociedade e na história de vida das pacientes, por isso a categorizam como algo ruim. Sendo assim, uma complexa experiência dotada de elementos é colocada em categorias amplas de algo ruim, perigoso, ameaçador e em categorias como morte e destruição.

Em relação a experiência com o câncer de mama, as mulheres entrevistadas relatam a relação com a doença de formas variadas. Em sua narrativa, a participante Rô, irá significar a sua experiência com a doença como uma oportunidade de olhar para si mesma e como uma nova chance de viver. Assim, narra que esse processo serviu para que ela valorizasse a vida. Relata ainda que antes era uma pessoa depressiva e que diversas vezes desejou a morte, em razão da depressão, mas após a doença ressignificou os seus processos. Como é possível observar em suas falas:

*“O que que me veio com essa doença, eu tava trabalhando, trabalhando, trabalhando, e não tava pensando em mim. Então hoje [...] eu tô focando em mim primeiro. Eu tô saindo, eu tô fazendo as coisas que eu gosto[...]* (Rô, 48 anos)

*“A doença veio como...pra...como eu vou falar...te falar assim, olha se cuida, alerta, você tá viva, viva a vida. Meio que um tombo que dá pra gente se mover, acordar, se valorizar.”* (Rô, 48 anos).

*“Eu não tinha muita vontade de viver não, até dei depressão na época. Vivia pedindo para morrer. Então assim, antes era isso, eu não tinha gosto para viver. Por isso que eu falo, Deus faz as coisas e às vezes a gente questiona por que tem a doença e tudo, mas Deus faz as coisas porque a gente precisa passar por aquilo pra aprender e mudar. E para mim foi uma lição, porque agora eu quero viver, jamais penso em morrer.”* (Rô, 48 anos)

*“[...] a minha experiência que eu tive com o câncer foi para viver. Eu diria para dar valor à vida.”* (Rô, 48 anos)

Nesse caso, a experiência de Rô com o câncer, embora tenha sido dolorosa e difícil, é significada por ela como uma oportunidade de olhar mais para si e para a própria saúde, o que a levou a cuidar mais de si mesma. Há, então, uma ressignificação da experiência de ser mulher com câncer de mama. Nesse contexto, o câncer deixa de significar apenas destruição e passa a ser percebido também como possibilidade de transformação. Ainda, a participante significa a doença como uma lição de vida, um possibilidade de aprendizagem, o que também é muito comum dentre as representações sociais das mulheres com câncer de mama, mostrando que há um compartilhamento de perspectivas, e que o sujeito está inserido em um contexto que o leva a pensar de determinada forma.

A paciente Vitória define a sua vivência com o câncer com a palavra gratidão. Ela afirma que é uma pessoa grata pela vida e que a vida é sinônimo de gratidão.

*A palavra é gratidão porque apesar dos pesares, das coisas, das circunstâncias e todas as coisas que a gente passa, a gente tem sempre que ter esse olhar para frente, de gratidão. Não há males que duram para sempre, eu falo sempre isso, não há males que duram para sempre, vai passar. E se tiver que ir, é a hora de chegada. Então...mas eu não penso na hora de chegada, eu penso no viver hoje. Estou viva. Então é isso, a palavra é gratidão.*

Vitória entende que, apesar das dificuldades relacionadas ao adoecimento pelo câncer e de outras adversidades da vida, o processo é vivido com gratidão por estar viva. A participante também afirma acreditar que “nenhum mal dura para sempre”, expressando a compreensão de que as situações difíceis são transitórias. Nesse sentido, a experiência com o câncer é ressignificada e passa a ser entendida como uma oportunidade de agradecer e valorizar a própria vida, ideia que também aparece no discurso de Rô.

A participante Ana traz um forte relato acerca de sua experiência e narra que se a pudesse definir em uma imagem, seria na figura bíblica de Jó<sup>1</sup>. Ela relata da seguinte maneira:

*“Eu acho que em uma imagem, é como Jó. Quando Jó ficou cheio de feridas e a mulher expulsou ele de casa, ele foi jogado no meio da rua e ele ficou só com um coquinho de telha para se coçar. Eu acho, eu vejo assim.” (Ana, 63 anos)*

---

<sup>1</sup> O livro de Jó apresentado na Bíblia Sagrada narra a história de um homem, natural da terra de Uz, íntegro, justo e temente a Deus. Jó possuía dez filhos e era um homem muito rico, tinha terras e rebanhos. Mas Jó teve sua fé testada: em uma série de eventos de desgraças, perdeu todo seu rebanho, seus empregados e todos os seus filhos; a sua vida foi arruinada. Essa série de eventos trágicos foi feito por Satanás com a autorização de Deus. Apesar de todo o mal, ele continuou fiel a Deus. Satanás pediu mais uma vez permissão e lhe afligiu feridas terríveis por todo o corpo, da sola dos pés ao alto da cabeça; Jó apanhou um caco de louças e se raspou com ele. Mesmo após todo o sofrimento vivenciado, ele se manteve fiel: tinha fé de que se Deus havia lhe dado toda a sorte de bençãos e ele tinha aceitado, assim também o faria com o mal enviado por Ele.

O fato de a participante evocar a narrativa bíblica de Jó para descrever sua experiência com o câncer de mama é particularmente significativo. Ao mobilizar essa referência, ela associa a dor e os sentimentos intensos vividos à ideia de provação divina. Desse modo, ela representa sua vivência ancorando-a em conhecimentos e saberes de cunho religioso e, por meio de um processo de objetivação, torna sua experiência compreensível, dotando-a de sentido. Ana se percebe à semelhança de Jó, personagem bíblico que foi abandonado e perdeu tudo, mas, ainda assim, permaneceu fiel a Deus. Sua trajetória é atravessada por experiências de abandono e sofrimento; entretanto, ela continua a se considerar uma mulher de fé, como se observa em diferentes momentos de sua entrevista. Além disso, nesse relato, a doença surge como uma provação divina, essa representação da doença está presente no relato de outras mulheres que passam pelo mesmo, e representam a doença como uma prova, uma punição ou ainda uma oportunidade de aprender alguma lição (Lima,2002). Essa forma de compreensão da realidade está intimamente ligada a questões de cunho religioso.

Os relatos das participantes também evidenciam o esforço de encontrar explicações para a doença. Na tentativa de compreender e assimilar esse fenômeno, as mulheres ancoram suas experiências em explicações de cunho religioso e emocional, mobilizando, por exemplo, referências à vontade de Deus ou à influência das emoções na origem do câncer.

**QUADRO 11** - Explicações para a doença

Participante	Transcrição da fala
Vitória	<p><i>“[...] eu acredito que tudo que vem para nós é o que a gente pode suportar. Então desde o diagnóstico eu entendi. Eu nunca blasfemei, aí por quê eu?, ah, por quê? ...não! [...] Mas é o que foi, o que aconteceu, o que foi diagnosticado. Eu entendi que veio para mim, era o que tinha que vir, o que veio eu tinha que me cuidar, fazer o tratamento.”</i></p> <p><i>“[...]quando a doença vem, ela vem por alguma razão, por alguma razão...uma razão emocional. Eu acredito que foi emocional né.”</i></p> <p><i>“Mas será porque a maioria das pessoas que eu converso é na mama esquerda? Será que é por causa do emocional? [...] e por quê no lado esquerdo? porque o coração está do lado esquerdo, é o que dizem por aí né (risos). Mas o coração está do lado esquerdo né, o coração, o emocional”</i></p> <p><i>“O câncer tem muito isso, a raiva, a mágoa, o ódio só nos adoecem”</i></p> <p><i>E eu acho que o câncer advém aí de muitas coisas, uma delas é o mental né, o psicológico e outro né, alimentação. [...] eu acredito que muito da alimentação desregrada, o estresse, e muito dessa alimentação muito artificial. O câncer desse estresse, desse tempo moderno, dessa má alimentação. Nas mulheres acredito que é muito essa tripla, quádrupla jornada de trabalho e de responsabilidade né.”</i></p>

Rô	<p><i>“Deus faz as coisas e às vezes a gente questiona por que tem a doença e tudo, mas Deus faz as coisas porque a gente precisa passar por aquilo para aprender e mudar. E para mim foi uma lição”</i></p> <p><i>“Hora nenhuma eu questioneei Deus por que. Porque eu nunca fui uma pessoa má, não! Sempre pensei assim, se veio é porque tinha que acontecer.”</i></p>
Ana	<p><i>[...] os médicos me disseram que eu fiquei doente de câncer, isso lá no Peru. Porque eu fiquei sem mãe com seis anos, aí sofri, sofri, na casa da minha avó, na casa da minha tia[...] então, eu sempre tive uma vida, assim, muito...muito estresse, muito nervoso. E guarda tudo</i></p> <p><i>“</i></p> <p><i>[...] eu guardei muita mágoa, muito ódio né? E por isso eu fiquei com esse câncer. E não sei se é verdade, mas tudo indica que sim. Porque eu tive uma vida de muito sofrimento.”</i></p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

A partir das transcrições, é possível identificar que a doença, quando explicada a partir de um viés religioso, é compreendida como algo inevitável, que “tinha que acontecer” por ser vontade divina. O discurso ancora-se também em uma perspectiva emocional e psicológica onde a doença surge em razão de uma vida repleta de grande sofrimento e de emoções que foram guardadas e não externalizadas. Desse modo, suas representações da doença se articulam a elementos como “guardar mágoa”, “raiva”, “ódio”, “estresse” e “relacionamentos ruins”, remetendo, de forma geral, a um conjunto de experiências emocionais consideradas negativas e geradoras de sofrimento para elas. Esses discursos também se entrelaçam com informações amplamente difundidas no campo científico, como a associação entre a doença e o estilo de vida, na medida em que as participantes mencionam o estresse e a alimentação como fatores de risco para o surgimento do câncer.

Portanto, identifica-se entre as participantes que a doença é representada como algo “maligno”, “ruim”, que desperta o “medo” e que deve ser combatida. Identifica-se também a metáfora do “bicho-papão”/“monstro”, bem como a categorização como perigosa e ameaçadora. Além disso, é apresentada a ideia de que o câncer emerge de sentimentos não externalizados e de sofrimentos provenientes de outros âmbitos da vida. A partir de uma ancoragem em elementos religiosos, o câncer é representado como inevitável e é inscrito na vontade/permissão de Deus. Tais representações também convergem com aquelas descritas em pesquisas sobre as representações sociais da doença (Maroun, 2024; Lima, 2002).

### 6.2.5 Representações sobre o corpo e identidade

Nesta categoria, foram reunidas as representações acerca do corpo e da identidade das participantes. As questões que orientaram sua construção referem-se, principalmente, à experiência com a mastectomia e à relação com o próprio corpo antes e depois da cirurgia. Também emergem, nesse eixo, sentidos atribuídos ao seio e ao ser mulher.

**QUADRO 12 - Percepção sobre a mama**

Participante	Transcrição da fala
Vitória	<p><i>“[...] então assim, eu encarei com muita, muito, com o psicológico muito em cima né e acreditando que ia dar tudo certo, e ia ser muito leva, que eu só ia tirar o tumor, não ia retirar o seio e assim foi né”</i></p> <p><i>“Hoje eu acho as minhas mamas maravilhosas né, eu queria levantar, diminuir, não sei o que, não sei o que, mas hoje, tá tudo inteiro, tá tudo bem. Então até nisso né, eu não mais em...mas se tiver que fazer né, levantar, diminuir, não sei o que, mas por enquanto...Quando eu me deparei com pessoas na sala de espera que tinham feito a retirada completa e que..mulheres mutiladas</i></p> <p><i>“e...Mas é um choque né, eu mesma assim..quando vi algumas, não é legal né, você não ter a sua mama, não as mama é...representa uma parte feminina nossa né, que se a gente não tem acho que vai embora né, que é cortada né. Ela é decepada né.”</i></p> <p><i>“Então assim, não sinto vergonha de ter cicatriz e... e sinto gratidão por ter corrido tudo bem e esta aí, ela está inteira né, num fui retirada. E o que é uma cicatriz em relação a retirada total né?”</i></p>
Rô	<p><i>“E graças a Deus logo marcou a cirurgia e eu fiz foi a quadrantectomia [silêncio]...fiquei (riso) com muito medo de ter que retirar a mama, realmente a gente fica. A gente quer que tira tudo, mas por mais que a gente fala, se precisar tirar tira a até a outra, se for preciso, mas por dentro da gente, se chegar a tirar...eu vou falar bem sincero, eu não sei o que eu vou...não sei o que eu faria, porque só de fazer a quadrantectomia eu fiquei muito mal.”</i></p> <p><i>“quando eu fui pro quarto, quando eu acordei da anestesia, a primeira coisa que eu fiz, foi colocar a mão em mim, para ver se não tinha tirado meu seio, mas não tirou, só aprofundaram minha margem. Mas graças a Deus, hoje eu tô bem mais tranquila, sabe!”</i></p> <p><i>“[...] agradeço tanto a Deus por não ter que ter tirado, porque...eu nem sei como eu ficaria se tivesse tirado a mama.”</i></p>
Ana	<p><i>A falta da mama representa que eu sou uma deficiente. É... Eu sou uma deficiente, uma pessoa que tá faltando uns pedaços.”</i></p> <p><i>“Eu tirei todo o seio, né? Pra mim até hoje é um trauma não ter o seio. Principalmente quando eu me olho no espelho, que eu vejo só um e aquele golpe aqui, muito grande. Eu sou meio que traumatizada, porque eu imagino que não arranjei mais ninguém. Por causa do seio. Pra mim assim, a vida acabou. Não tenho mais sonhos, não tenho mais vontade de fazer nada, de comprar roupa, de me arrumar, não quero. Foi um trauma muito grande.”</i></p> <p><i>“significou é que minha vida acabou.”</i></p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

Rô e Vitória, embora não tenham passado pela retirada total da mama, expressam preocupação em relação a essa possibilidade. No discurso de Vitória, a ideia de que “deu tudo certo” aparece de forma reiterada, e essa avaliação parece sustentar-se justamente no fato de ela não ter tido a mama completamente retirada. Desse modo, seu bem-estar e a percepção de que o tratamento foi bem-sucedido estão diretamente vinculados à preservação da mama. Rô, por sua vez, agradece a Deus constantemente por não ter precisado retirá-la e afirma não conseguir sequer imaginar como seria sua vida sem o seio. Já Ana, a única participante que passou pela cirurgia de retirada total de uma das mamas, relata sua experiência de maneira mais intensa, evidenciando que a mastectomia representou uma fratura em sua trajetória.

À luz de Goffman (1988), essas experiências podem ser lidas em termos de estigma corporal. Para o autor, o corpo marcado por uma diferença visível como uma cicatriz ou deformidade, torna-se um suporte privilegiado para processos de desvalorização e de “identidade deteriorada”. Há uma internalização de um olhar social que associa a mama à normalidade do corpo feminino e, conseqüentemente, a sua falta a uma anormalidade. A mutilação, nesse contexto, não é apenas uma alteração orgânica, mas um sinal que posiciona essas mulheres em um lugar de confronto com padrão corporal socialmente construído.

Vitória relata que sua visão sobre ser mulher não mudou. O seu depoimento demonstra que apesar de ter a cicatriz na mama, ela não foi retirada *“se for comparar a cicatriz com a retirada total, a cicatriz não é nada.”* Ela compara em relação a quem fez a mastectomia total. E completa *“então assim, não, não, me sinto completa”*. Essa colocação explícita que a retirada da mama pode ser muito significativa e é temida pelas pacientes. A mulher sem a mama representa um corpo incompleto (Silva *et al.*, 2010). E mais uma vez ela pontua: *“Então assim, não sinto vergonha de ter cicatriz e... e sinto gratidão por ter corrido tudo bem e está aí, ela está inteira né, num fui retirada. E o que é uma cicatriz em relação a retirada total né?”*

As falas evidenciam que, para as participantes, o corpo pós-mastectomia é frequentemente representado como “incompleto” ou distante do modelo de corpo considerado ideal na cultura, gerando percepções de anormalidade e inadequação. Essa construção simbólica pode ser observada no Quadro 13.

**QUADRO 13** - Corpo da mulher com câncer de mama

Participante	Transcrição da fala
--------------	---------------------

Vitória	Ser mulher com câncer de mama, eu acredito que é muito mais. Muito mais que ser uma mulher normal, normal que eu falo é uma mulher sem câncer de mama” “Eu acredito que a mulher com câncer de mama é diferenciada da mulher normal, que só quem passa por um câncer de mama que sabe, principalmente as mutiladas que sabem, que superam e são fortes.” (vitória)
Ana	A falta da mama representa que eu sou uma deficiente. É... Eu sou uma deficiente, uma pessoa que tá faltando uns pedaços.” (Ana, 63 anos)

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

A visão que as mulheres mantêm do seio é muito significativa, para as participantes ele é um símbolo de feminilidade, da amamentação e de um corpo completo. Como é possível observar no Quadro 14.

**QUADRO 14** - A representação da mama

<i>Participante</i>	<i>Transcrição da fala</i>
Vitória	<p>“A mama ela representa o feminismo né. O feminismo porque, a mama é, para quem amamentou significa tudo né, o leite materno e...É nosso feminilidade, mas é, a gente se sentir feminina né, imagine você sem os seios né. Nós temos o seio como a nossa parte que nos complementa né. Quando é retirada, isso quando fomos multilas né[...]”</p> <p>“É a mulher feminina né. Não é que ela não seja feminina não tendo seio, mas a feminilidade aparenta muito nas mamas.”</p>
Rô	<p>“Ah, eu acho que muita coisa né. Porque eu fico me imaginando...me olho no espelho e agradeço tanto a Deus por não ter que ter tirado, porque...eu nem sei como eu ficaria se tivesse tirado a mama. Então assim, é muito importante pra gente ser mulher né”</p> <p>“É vida.”</p>
Ana	<p>“Ah, eu acho que significa tudo porque o seio é parte do nosso corpo e Deus nos fez com ele mesmo, aí de repente tira. Eu acho que um seio é muito importante”</p> <p>“Representa parte do meu corpo, né? Um corpo completo, um corpo inteiro”</p>

Fonte: elaborado pela autora com as falas das entrevistas (2025)

O seio é uma parte do corpo socialmente ligada à feminilidade, à amamentação, à sexualidade e à sensação de corpo inteiro. Sendo assim, a ausência da mama pode gerar a percepção de um corpo incompleto, marcada pelo medo de não corresponder ao que é esperado para o corpo feminino. De acordo com Maroun e Gomes (2024), o seio se constitui

não somente como uma parte do corpo, mas também como um marcador de gênero e, sem as mamas, muitas mulheres podem passar a não se sentir assim. Assim, a mama é símbolo central de feminilidade.

Em relação às perguntas sobre o que significava o corpo para elas e como se dava a relação com o corpo antes e depois da cirurgia, as pacientes respondem de forma diversa. Para a participante Rô, um corpo que antes não significava nada, atualmente passou a significar tudo para ela. Significa “ser mulher, me achar bonita, ser elogiada”. Essa perspectiva de corpo vai de encontro com a sua vivência com o câncer de mama enquanto oportunidade de transformação de vida. Um corpo antes desvalorizado e que não recebia a devida atenção, passa a ser receptáculo da vida, aquilo que possibilita ser no mundo.

Rô ainda relata que antes de sua experiência com câncer de mama, era uma mulher que não se cuidava, que não gostava de si mesma e de seu corpo, além disso, relata que nunca saía de casa e era triste. Após a sua experiência com o câncer passou a ser uma mulher feliz e com foco em “viver feliz” como ela mesma cita. Essa perspectiva vai de encontro com a ideia da identidade como metamorfose. A identidade, ou seja, o ser quem se é, não é fixo, ao contrário, é mutável e múltipla. A trajetória de Rô evidencia dois processos recorrentes no sujeito estigmatizado, que é a reinterpretação positiva em relação ao estigma, como forma de ressignifica-la e a carreira moral, onde o sujeito, que adquire o estigma tardiamente, encontra novas formas de ser no mundo, reorganizando a sua identidade diante da nova realidade. No caso da participante ela se reorganiza dando a si mesma a possibilidade de cuidar mais de si e aproveitar a vida, mesmo sendo uma mulher com câncer de mama e que fez a mastectomia.

Já para a participante Vitória, o corpo significa “corpo, alma e espírito”, um “corpo completo”. O corpo para ela é *“o corpo é isso, é perfeição. Apesar da gente achar que não é né, cicatrizes, estrias, sei lá o que, celulite, isso é de menos, porque o que importa é mente, corpo e espírito, né.”* Deste modo, o corpo também é significado por meio de uma visão religiosa, que une três elementos que constituem um ser humano completo e perfeito.

O corpo para Ana que perdeu o seio significa um corpo “deficiente”, um corpo que está incompleto. Nesse sentido ela expressa: *“[...] eu sou uma deficiente, uma pessoa que tá faltando uns pedaços”*. Ainda sobre o corpo ela relata que antes da cirurgia ela gostava do próprio corpo, era vaidosa e gostava de cuidar do próprio corpo indo para academia, passando cremes por exemplo. Nesse sentido, o seu autocuidado diminuiu, fazendo com que ela faça apenas o mínimo *“e hoje, pra mim, eu tô mais um desodorantezinho, leite de colônia”*. Afirma ainda que: *“antes eu era uma mulher bonita, uma mulher...alegre, inteligente, gostava muito de estudar, de fazer cursos. Mas depois desse câncer eu não tenho*

*vontade*”. A sua descrição de seu corpo antes da doença é positiva e passa a ser uma visão negativa após o diagnóstico. O impacto na sua identidade é tão significativo que ela não se reconhece mais como a pessoa que era antes, não reconhecendo mais nem atributos que vão além dos aspectos da aparência, como a perda da alegria. A participante relata que não se sente mulher atualmente, marcando uma ruptura intensa com sua identidade enquanto mulher.

Em relação ao ser mulher, as participantes, de modo geral, atribuem esse papel à “força”. As participantes definem a mulher como um ser que representa a “fortaleza” que é corajosa, valente e guerreira. Vitória afirma que ser “mulher é tudo” e que é algo divino, afirma ainda que as mulheres em relação aos homens são mais tolerantes à dor, o que reforça a ideia de fortaleza. O ser mulher com câncer de mama para ele é “*ser muito mais*”, compartilha que as mulheres com câncer são “muito mais fortes, supera muito mais, que a mulher normal (sem câncer de mama)”. Para Rô, ser mulher para ela significa infelicidade, uma falta de vontade de viver. Ela afirma que “*antes não tinha gosto para viver*”. Agora ela é mais feliz, se sente mais mulher e ficou mais vaidosa.

A partir da perspectiva de Jodelet (2017) sobre o corpo, ele não pode ser compreendido apenas como um invólucro biológico, mas sim, como um objeto social que é atravessado por normas, valores e representações que se constroem em relações com os outros sujeitos. Nesse sentido, as significações atribuídas à mama pelas participantes, seja como uma marca de feminilidade e completude, seja como sinal de mutilação e deficiência, marcam o corpo em um lugar social onde é investido de sentidos que vão além do que é puramente biológico. A mastectomia, em especial, surge como uma ruptura visível na imagem corporal da mulher que é socialmente construída, de modo que a ausência da mama passa a significar a falta, a vergonha e no caso de Ana, de que a vida acabou, não tem mais sentido. Assim, as representações sociais do corpo feminino, que vinculam a feminilidade à presença dos seios e à integridade física, orientam a forma como essas mulheres percebem a si mesmas e significam as mudanças corporais decorrentes do tratamento.

Nesse contexto, a história de Ana é muito significativa e representa a história de uma série de mulheres que fizeram a retirada completa da mama. A participante apresenta um profundo quadro depressivo, onde deixa de enxergar sentido na vida e não se enxerga mais como uma mulher. Estudos demonstram que a depressão é o terceiro sintoma mais prevalente em casos de mulheres com câncer de mama se comparado a outros tipos de câncer. (Dinapoli; Colloca; Di Capua et al., 2021). Além disso, as evidências indicam que essas mulheres possuem um risco aumentado de desenvolver ansiedade, depressão e ideação suicida. (Carreira, Williams, Müller et al., 2018; Maluf, 2005). De acordo com Maluf (2015) o luto

não aparece somente em razão da morte, e nos casos do câncer de mama, ele pode surgir desde o diagnóstico, com a confirmação da doença, pela cirurgia de retirada da mama, pela autoimagem e feminilidade etc. Sendo assim, muitas mulheres que passam por uma série de perdas físicas, mas também simbólicas que causam um estado de luto que gera um sofrimento intenso.

As transformações corporais resultadas do tratamento para o câncer de mama, em especial a mastectomia, repercute diretamente na identidade dessas mulheres. Ciampa (1989) a define enquanto um processo de metamorfose, deste modo, a identidade é mutável, não um dado fixo. Tanto câncer de mama quanto a cirurgia significam uma ruptura no ser quem se é dessas mulheres, sendo assim, elas encontram diferentes maneiras de restaurar essa identidade. E é justamente por ela não ser fixa que é possível que isso aconteça. Nas falas de Vitória e Rô, por exemplo, é possível perceber a emergência de uma nova “personagem”, a da mulher que atravessou o câncer, preservou a mama e, a partir disso, reinscreve a própria história em termos de gratidão, força e superação. Ao afirmar que não sente vergonha da cicatriz e que “tá tudo inteiro”, Vitória recompõe sua identidade articulando a experiência de adoecimento à continuidade de sua feminilidade e de seu corpo “inteiro”. Já Rô, ao dizer que “agradece tanto a Deus por não ter que ter tirado” a mama e ao descrever o alívio ao perceber, no pós-operatório, que o seio havia sido preservado, reafirma uma identidade de mulher sobrevivente, mas também ainda reconhecida como “inteira” diante de si e dos outros e que se está disposta a viver e ser quem é, e ser feliz.

No caso de Ana, sua identidade é modificada de forma muito dolorosa, significando uma ruptura em sua biografia. As objetivações que ela faz da doença organizam-se em torno da imagem de um corpo “deficiente”, em que “faltam pedaços”; assim, passa a se perceber como uma mulher incompleta e, em sua própria compreensão, sem a mama, deixa de ser mulher. Ela sintetiza a sua experiência ao afirmar que a retirada da mama “*significou é que minha vida acabou*”. Nesse sentido, surge uma nova personagem, uma mulher que é mutilada, traumatizada pela experiência. A metamorfose da sua identidade é marcada pela perda, pelo luto e pelo estigma, desse modo, a sua identidade é reconstituída em uma experiência de dor e sofrimento intensos ao ponto de comparar a sua história a de Jó, ela é assim ancorada em uma falta de conexão consigo mesma.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como objetivo geral investigar as representações sociais elaboradas por mulheres com câncer de mama e submetidas à mastectomia, com ênfase nos sentidos atribuídos à identidade corporal e às transformações vividas antes, durante e após a cirurgia. Para tanto, utilizou-se uma abordagem qualitativa, por meio de entrevistas, que foram analisadas à luz da Teoria das Representações Sociais, articuladas com as ideias de autores como Jodelet sobre o corpo, de Goffman acerca do estigma e de Ciampa no debate sobre a identidade como metamorfose.

As análises das entrevistas demonstraram que o câncer de mama é representado tanto como uma forma de destruição quanto uma possibilidade de descobrir novas perspectivas de vida. Nesse contexto, se por um lado o câncer é ancorado na categoria de “coisa ruim”, associada diretamente à destruição e à morte, e é objetivado como um “monstro”/ “bicho-papão”. Por outro lado, pode ser considerada uma oportunidade de ser grata e de aprendizagem, um convite a cuidar mais de si mesma sendo significada como “lição”, “alerta” e que veio para que se pudesse “dar mais valor à vida”. Há, então, um contexto de ambivalência nas representações, o que se reflete na identidade dessas mulheres, na constituição de si e na forma como elas se enxergam. Isso porque, como afirma Ciampa (1989), a identidade não é algo dado, mas um processo de metamorfose, em que o sujeito se reconstrói continuamente a partir das posições que ocupa. No caso destas mulheres, as tensões e ambivalências nas representações do corpo e da doença atravessam a forma como significam o “ser mulher com câncer de mama”, incidindo diretamente na constituição de si.

As narrativas evidenciam ainda, a centralidade na mama na construção de sua identidade enquanto mulheres, em relação ao seu corpo e a feminilidade. Nesse sentido, as representações do corpo e do seio ancoram-se na ideia da mama como símbolo de vida, maternidade e feminilidade. Portanto, a sua ausência significa para as mulheres do estudo, a incompletude, a anormalidade, sendo objetivada no “não ser mulher”, na mutilação e no corpo como deficiente. A partir da perspectiva da TRS e dos aportes de Jodelet e Goffman, tais achados evidenciam como as representações sociais do corpo feminino e da mama sustentam processos de estigmatização e influenciam diretamente a forma como essas mulheres se veem. Deste modo, o corpo que não se encaixa nas normas estabelecidas socialmente como padrão, são considerados desviantes e são estigmatizados. Ao mesmo tempo o corpo estigmatizado pode ser ressignificado, a partir de uma carreira moral

A religiosidade e a espiritualidade também surgiram como elementos significativos nas narrativas das mulheres, constituindo um importante recurso de enfrentamento. As participantes ancoram a doença em um discurso religioso e a significam como inevitável, dentro da vontade de Deus, como uma lição, que visa a “valorização da vida” e a gratidão. Além da espiritualidade constituir-se como um relevante ponto de ancoragem de representações, as participantes do estudo encontram na fé e na Igreja um lugar de acolhimento e significação da experiência. Em diálogo com a literatura sobre coping religioso/espiritual, os resultados deste estudo apontam para a predominância de um coping positivo, marcado pela busca de conforto em Deus, pela reinterpretação da situação e pela construção de sentido para a doença.

Além do apoio religioso, as mulheres da pesquisa encontram na equipe que cuida de seu tratamento um ambiente de apoio relevante durante o seu processo. As participantes também destacam a relevância do apoio e atendimento psicológico na continuidade do tratamento, demonstrando que a Psicologia deve ocupar esses espaços contribuindo para uma maior adaptação e acolhimento das pacientes.

Este trabalho contribui para aprofundar a compreensão das experiências de mulheres com câncer de mama, evidenciando a importância de considerar, nos contextos de cuidado em saúde, não apenas a dimensão biomédica, mas também os sentidos que as pacientes atribuem ao corpo, à feminilidade, à doença e à religiosidade. Reconhecer essas representações e estratégias de enfrentamento pode auxiliar profissionais, sobretudo da Psicologia, a desenvolver intervenções mais sensíveis, que acolham o sofrimento relacionado ao estigma, à mutilação e às mudanças identitárias.

Este estudo apresenta limitações, entre as quais se destaca pequeno número de participantes apenas três e o fato de todas frequentarem o mesmo serviço. Pesquisas futuras poderiam incluir amostras mais amplas e diversificadas, contemplando diferentes contextos socioculturais, fases da doença e modalidades de tratamento, bem como investigar de forma mais específica os efeitos de intervenções psicológicas voltadas à elaboração das mudanças corporais. Apesar dessas limitações, os achados deste trabalho reafirmam a relevância de se escutar as experiências das mulheres com câncer de mama e de se reconhecer a complexidade dos sentidos que elas atribuem à doença, ao corpo e à própria vida.

## REFERÊNCIAS

- AURELIANO, W. DE A.. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Revista Estudos Feministas*, v. 17, n. 1, p. 49–70, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100004>. Acesso em: 03 dez. de 2025.
- ALMEIDA, T. R. de; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>. Acesso em: 22 jun. 2025.
- ALVES, V. A. F.; EVANDRO, S. de M.; FILHO, A. L. Noções básicas de patologia e imunoistoquímica. In: HOFF, P. M. G. et al. *Tratado de oncologia*. São Paulo: Atheneu, 2013.
- AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. dos. Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 851-864, mar. 2015. DOI: Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.13482014>. Acesso em: 28 nov. 2025.
- ANDRADE, M. M. de. *Introdução à metodologia do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- ASHTON-PROLLA, P.; VARGAS, F.; ACHATZ, M. I. W. Câncer como doença hereditária. In: HOFF, P. M. G. et al. *Tratado de oncologia*. São Paulo: Atheneu, 2013.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 47, n. 3, p. 277-282, 2001. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n3.2306>. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n3.2306>. Acesso em: 1 jun. 2025.
- BRASIL. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 7 maio 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19797.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19797.htm).
- BRASIL. Lei nº 14.538, de 31 de março de 2023. Altera as Leis nºs 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para assegurar às pacientes a substituição do implante mamário utilizado na reconstrução mamária ou na simetrização da mama contralateral sempre que ocorrerem complicações ou efeitos adversos a ele relacionados, bem como assegurar às pacientes acompanhamento psicológico [...]. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 abr. 2023. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2023/lei/114538.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/114538.htm).
- CAPONERO, R.; LAGE, L. M. Quimioterapia. In: CARVALHO, V. A. et al. (org.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.

CARREIRA, H.; WILLIAMS, R.; MÜLLER, M.; HAREWOOD, R.; STANWAY, S.; BHASKARAN, K. Associations between breast cancer survivorship and adverse mental health outcomes: a systematic review. *Journal of the National Cancer Institute*, v. 110, n. 12, p. 1311-1327, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jnci/djy177>. Acesso em: 22 jun. 2025.

CIAMPA, A. C. Identidade. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (org.). *Psicologia social: o homem em movimento*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

COMANDER, A.; CIGLER, T.; RYAN, P. Oncologia mamária: apresentação clínica e genética. In: CHABNER, B. A.; LONGO, D. L. *Manual de oncologia de Harrison*. 2. ed. Porto Alegre: AMGH, 2015.

DINAPOLI, L.; COLLOCA, G.; DI CAPUA, B.; et al. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Current Oncology Reports*, v. 23, n. 38, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11912-021-01049-3>. Acesso em: 22 jun. 2025.

FERLAY, J.; ERVIK, M.; LAM, F.; et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2024. Disponível em: <https://gco.iarc.who.int/today>. Acesso em: 11 maio 2025.

FERREIRA, M. de L. da S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003. DOI: 10.1590/S0104-11692003000300006.

FREITAS, M. C. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia social. *Cadernos de Pesquisa*, v. 32, n. 115, p. 129-142, 2002.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. da S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002. DOI: 10.1590/S0102-311X2002000100020.

GUERREIRO, A. B. S. et al. Neoplasias mamárias e os impactos psicossociais na vida da mulher. *Revista Bioética*, v. 33, p. e3849PT, 2025. DOI: 10.1590/1983-803420253849PT. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-803420253849PT>. Acesso em: 28 nov. 2025.

HANKINSON, S. E.; POLYAK, K.; GARBER, J. E.; et al. Breast cancer: multiple, often complex, risk factors. In: WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (eds.). *World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2020. Cap. 5.9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606500/>. Acesso em: 20 jun. 2025.

HIRSCHLE, T. M. R.; MACIEL, S. C.; AMORIM, G. K. de. Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 1, p. 457-468, 2018. DOI: <https://doi.org/10.9788/TP2018.1-18Pt>.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Estatísticas de câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros>. Acesso em: 10 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *O que é câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2022b. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/o-que-e-cancer>. Acesso em: 10 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Prevenção*. Rio de Janeiro: INCA, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/acoes/prevencao>. Acesso em: 10 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *O que causa o câncer*. Rio de Janeiro: INCA, 2022d. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/causas-e-prevencao-do-cancer/o-que-cao-o-cancer>. Acesso em: 10 maio 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). *Tratamento do câncer: quimioterapia*. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tratamento/quimioterapia>. Acesso em: 10 maio 2025.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: MOSCOVICI, S. *Representações sociais*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. *Representações sociais e mundos de vida*. Paris: Éditions des Archives Contemporaines; São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Curitiba: PUCPress, 2017.

JODELET, D. Le corps, la personne et autrui. In: MOSCOVICI, S. (org.). *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris: Nathan/HER, 2000. p. 41-68.

LIBERATO, R.; CARVALHO, V. A. Psicoterapia. In: CARVALHO, V. A. et al. (org.). *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008.

LYRA, M. M. N. et al. O câncer de mama e o mecanismo de enfrentamento: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 13472-13496, 2022.

MALUF, M. F. de M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, [S. l.], v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n2.1974>. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2005v51n2.1974>. Acesso em: 30 maio 2025.

MALUF, S. A. *O câncer de mama na vida da mulher*. São Paulo: Cortez, 2005.

MAROUN, P. S.; GOMES, R. Reparação e corporeidade: a reconstrução mamária em questão. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 33, n. 2, e230730, 2024. Disponível em:

MAROUN, P. S.; GOMES, R.; SILVA, A. da. Representações culturais do câncer de mama: uma revisão de escopo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, e11002023, 2024. DOI: 10.1590/1413-81232024296.11002023.

MARTINS, G. de A.; THEÓPHILO, C. R. *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas, 2007.

MIRANDA, S. F. Identidade sob a perspectiva da psicologia social crítica: revisitando os caminhos da edificação de uma teoria. *Revista de Psicologia*, v. 5, n. 2, p. 124-137, [s. d.]. Disponível em: <https://periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/1481>. Acesso em: 24 nov. 2025.

MOSCOVICI, S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

OMS. *Números invisíveis: a verdadeira extensão das doenças crônicas não transmissíveis e o que fazer a respeito delas*. Geneva: World Health Organization, 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057661>. Acesso em: 11 maio 2025.

OLIVEIRA, S. C. R. Carcinogênese. In: VIEIRA, S. C. (org.). *Oncologia básica para profissionais da saúde*. Teresina: EDUFPI, 2016.

REIS, C. A. Princípios básicos do tratamento quimioterápico. In: VIEIRA, S. C. (org.). *Oncologia básica para profissionais da saúde*. Teresina: EDUFPI, 2016.

SÁ, C. P. de. *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SALDIVA, P. H. N. Câncer e meio ambiente. In: HOFF, P. M. G. et al. *Tratado de oncologia*. São Paulo: Atheneu, 2013.

SILVA, L. C. da. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>. Acesso em: 29 maio 2025.

SILVA, S. E. D. da et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 5, p. 727-734, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000500006>. Acesso em: 9 de nov. de 2025.

SILVA, S. E. D. da et al. Câncer de mama: uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 451-463, 2012. Disponível em: <https://www.periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/116>. Acesso em: 26 de out. de 2025.

SIMEÃO, S. S. S.; COUTINHO, M. da P. de L.; ARAÚJO, L. S. de; MIRANDA, R. S. A difusão do câncer de mama em mulheres na mídia impressa. *Psicologia e Saber Social*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 142-155, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2016.24962>. Acesso em: 26 de out. de 2025.

SKABA, M. M. V. F. Compreendendo a trajetória de mulheres em busca do diagnóstico e tratamento do câncer de mama: uma perspectiva sócio-antropológica. 2003. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz,

Rio de Janeiro, 2003. Disponível em:

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2004v50n1.2055> . Acesso em: 9 de nov. de 2025.

SPINK, M. J. P. (org.). *O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Brasiliense, 1995.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993. DOI:

10.1590/S0102-311X1993000300017. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300017>. Acesso em: 25 out. 2025.

VEIT, C. M.; CASTRO, E. K. de. Coping religioso/espiritual e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 14, n. 1, p. 1-21, 2013.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/362/36226540002.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2025.

VENÂNCIO, M. C. M.; LEAL, E. M. O cuidado psicológico no câncer de mama: a mulher em suas diversas dimensões. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 24, n. 3, p. 90-99, 2004.

Disponível em:

VIEIRA, S. C. Princípios de cirurgia oncológica. In: VIEIRA, S. C. (org.). *Oncologia básica para profissionais da saúde*. Teresina: EDUFPI, 2016.

WEINBERG, R. A. A natureza do câncer. In: WEINBERG, R. A. *A biologia do câncer*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WILD, C. P.; WEIDERPASS, E.; STEWART, B. W. (eds.). *World cancer report: cancer research for cancer prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer, 2020. Disponível em: <http://publications.iarc.fr/586>. Licence: CC BY-NC-ND 3.0 IGO.

Acesso em: 11 maio 2025.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

### Roteiro de Entrevista Semiestruturada

#### Bloco 1 – Corpo e identidade antes da doença

1. Como você costumava se perceber enquanto mulher antes do diagnóstico?
2. O que o seu corpo representava para você?

#### Bloco 2 – Experiência com o câncer e a mastectomia

3. Como foi para você receber o diagnóstico de câncer de mama?
4. O que significou para você passar pela mastectomia?
5. Você se sentiu preparada para as mudanças que viriam?

#### Bloco 3 – Representações do corpo e da feminilidade

6. O que o seio representa para você?
7. O que é, para você, “ser mulher” após a mastectomia?
8. Você acredita que as pessoas ao seu redor enxergam a mulher com câncer de mama de forma diferente?

#### Bloco 4 – Cuidado, saúde e Psicologia

9. Você recebeu algum tipo de apoio emocional ou psicológico durante o tratamento?
10. Como você entende o papel da Psicologia nesse processo?
11. Que tipo de apoio fez ou faria diferença para você?

#### Encerramento

12. Se você pudesse descrever sua experiência com o câncer em uma palavra ou imagem, qual seria?
13. Em poucas palavras, como você definiria sua experiência com o câncer de mama?
14. Qual é sua principal preocupação atualmente em relação à sua saúde e bem-estar?
15. Há algo mais que você gostaria de compartilhar?

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO****Questionário Socioeconômico**

1. Nome: \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_
3. Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Divorciada ( ) Viúva ( ) Outro: \_\_\_\_\_
4. Escolaridade:  
( ) Ensino Fundamental incompleto  
( ) Ensino Fundamental completo  
( ) Ensino Médio incompleto  
( ) Ensino Médio completo  
( ) Ensino Superior incompleto  
( ) Ensino Superior completo  
( ) Pós-graduação
5. Ocupação atual: \_\_\_\_\_
6. Renda familiar aproximada: ( ) até 1 salário mínimo ( ) 1 a 3 SM ( ) acima de 3 SM
7. Quantas pessoas moram com você? \_\_\_\_\_
8. Ano do diagnóstico: \_\_\_\_\_
9. Tipo de mastectomia: ( ) Parcial ( ) Total
10. Realizou reconstrução mamária? ( ) Sim ( ) Não
11. Ainda está em tratamento? ( ) Sim ( ) Não
12. Já recebeu apoio psicológico? ( ) Sim ( ) Não

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada **“Representações sociais e identidade feminina no câncer de mama: narrativas de mulheres mastectomizadas.”** Meu nome é Luciana Duarte de Oliveira, sou estudante do último período do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás (UFG). Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está **impresso em duas vias**, sendo que uma delas é sua e a outra ficará comigo. Esclareço que em caso de recusa na participação, em qualquer etapa da pesquisa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail [lucianaduarte@discente.ufg.br](mailto:lucianaduarte@discente.ufg.br) e, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s): (62) 99118-0903, inclusive com possibilidade de ligação a cobrar. Ao persistirem as dúvidas sobre os seus direitos como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** da Universidade Federal de Goiás, pelo telefone (62)3521-1215, que é a instância responsável por esclarecer as dúvidas relacionadas ao caráter ético da pesquisa. O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás (CEP-UFG) é independente, com função pública, de caráter consultivo, educativo e deliberativo, criado para proteger o bem-estar dos/das participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, visando contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos vigentes.

A presente pesquisa tem como objetivo geral investigar as representações sociais elaboradas por mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas à mastectomia, com ênfase nos sentidos atribuídos à identidade corporal e às transformações vividas antes, durante e após a cirurgia. Você responderá um questionário socioeconômico e também será entrevistada e para isso deverá reservar um período de 50 a 60 minutos. Você tem direito de solicitar o ressarcimento das despesas decorrentes da cooperação com a pesquisa, inclusive transporte e alimentação, se for o caso. Em caso de danos, você tem o direito de pleitear indenização, conforme previsto em Lei.

Se você não quiser que seu nome seja divulgado, está garantido o sigilo que assegure a privacidade e o anonimato. As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas. **Possíveis riscos** incluem cansaço durante a entrevista e sentimentos de constrangimento ou incômodo emocional em razão do teor das perguntas. **Não há outros riscos previstos, e você poderá interromper ou pausar a entrevista a qualquer momento, sem prejuízo para você.** Como **benefícios indiretos**, sua contribuição ajudará na produção de conhecimentos científicos sobre os impactos do câncer de mama e da mastectomia, podendo subsidiar práticas de cuidado em saúde, formação profissional em Psicologia e políticas públicas de atenção às mulheres. Como **benefícios diretos**: você terá a possibilidade de vivenciar um espaço de escuta qualificada sobre suas experiências, o que pode favorecer reflexão e elaboração emocional.

Caso sinta qualquer desconforto ou mobilização emocional em decorrência das perguntas, você poderá solicitar acompanhamento pelo Serviço de Psicologia do Centro Avançado de Diagnóstico da Mama, localizado no Setor Leste Universitário, Goiânia - Goiás.

Durante todo o período da pesquisa e na divulgação dos resultados, sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de alguma forma, identificar-lhe, será mantido em sigilo. Todo material ficará sob minha guarda por um período mínimo de cinco anos.

Para condução da entrevista é necessário o seu consentimento para utilização de um gravador, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

(  ) Permito a utilização de gravador durante a entrevista.

(  ) Não permito a utilização de gravador durante a entrevista.

As gravações serão utilizadas na transcrição e análise dos dados, sendo resguardado o seu direito de ler e aprovar as transcrições. Pode haver necessidade de utilizarmos sua voz em publicações. Faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

(  ) Autorizo o uso de minha voz em publicações.

(  ) Não autorizo o uso de minha voz em publicações.

Pode haver também a necessidade de utilizarmos sua opinião em publicações, faça uma rubrica entre os parênteses da opção que valida sua decisão:

(  ) Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

(  ) Não Permito a divulgação da minha opinião nos resultados publicados da pesquisa.

Pode haver necessidade de dados coletados em pesquisas futuras, desde que seja feita nova avaliação pelo CEP/UFG. Assim, solicito a sua autorização, validando a sua decisão com uma rubrica entre os parênteses abaixo:

(  ) Permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras.

(  ) Não Permito a utilizar esses dados para pesquisas futuras.

Declaro que os resultados da pesquisa serão tornados públicos, sejam eles favoráveis ou não.

## **1.2 Consentimento da Participação na Pesquisa:**

Eu, ....., abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado **‘Representações sociais e identidade feminina no câncer de mama: narrativas de mulheres mastectomizadas’**. Informo ter mais de 18 anos de idade e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) responsável **Luciana**

**Duarte de Oliveira** sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, ..... de ..... de .....

---

Assinatura por extenso do(a) participante

---

Luciana Duarte de Oliveira  
Discente de Psicologia - UFG  
Matrícula: 202108888

---

Gardenia de Souza Furtado Lemos  
Professora/ Orientadora  
Curso de Psicologia UFG

## ANEXO A - PARECER SUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Representações sociais e identidade feminina no câncer de mama: narrativas de mulheres mastectomizadas

**Pesquisador:** Gardenia de Souza Furtado Lemos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 91156125.7.0000.5083

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Goiás - UFG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 7.915.526

#### Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa, intitulado **“Representações sociais e identidade feminina no câncer de mama: narrativas de mulheres mastectomizadas”**, tem como objetivo investigar os sentidos atribuídos por mulheres que passaram por procedimentos cirúrgicos de **“mastectomia”** (parcial ou total) em decorrência do câncer de mama, com foco nas repercussões subjetivas e sociais relacionadas à identidade feminina, ao corpo e à experiência com a doença. A pesquisa será desenvolvida sob a perspectiva qualitativa, de caráter **“exploratório e descritivo”**, fundamentada na **“Teoria das Representações Sociais (TRS)”** de Serge Moscovici, que permite compreender como grupos sociais constroem e compartilham significados sobre fenômenos socialmente relevantes.

A investigação será conduzida na **“Associação de Portadores de Câncer de Mama (APCAM)”**, em Goiânia (GO), e contará com a participação de até **“quatro mulheres maiores de 18 anos”**, que tenham sido submetidas à mastectomia nos últimos três anos, com ou sem reconstrução mamária. A seleção será intencional e ocorrerá de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

<b>Endereço:</b> Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1			
<b>Bairro</b> Campus Samambaia		<b>CEP:</b> 74.690-970	
<b>UF:</b> GO	<b>Município</b> GOIANIA		
<b>Telefone</b> (62)3521-1215	<b>Fax:</b> (62)3521-2045	<b>E-</b>	cep.prpi@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 7.915.526

A coleta de dados será realizada por meio de **entrevistas semiestruturadas** e de um **questionário socioeconômico**, abordando aspectos como a identidade e a imagem corporal antes e depois do diagnóstico, as experiências vividas durante o tratamento oncológico e as representações sociais sobre corpo, feminilidade e doença. As entrevistas serão gravadas com autorização das participantes e posteriormente transcritas para análise.

Os dados obtidos serão analisados utilizando a técnica de **Análise de Conteúdo** proposta por Bardin, possibilitando a identificação de categorias temáticas e elementos simbólicos que emergem dos discursos das participantes. Espera-se que os resultados contribuam para o aprofundamento do conhecimento sobre o impacto psicológico e social do câncer de mama e da mastectomia, subsidiando práticas psicológicas mais sensíveis às necessidades dessas mulheres e orientando políticas públicas e estratégias de cuidado centradas na integralidade e na dignidade das pacientes.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **Objetivo geral:**

Compreender as **representações sociais** e os **significados atribuídos à identidade feminina** por mulheres submetidas à **mastectomia** em decorrência do câncer de mama, analisando como essas experiências impactam sua autoimagem, percepção corporal e relações sociais.

##### **Objetivos específicos:**

- \* Investigar os **sentidos construídos pelas participantes sobre o corpo e a feminilidade** antes e depois do processo de mastectomia;
- \* Analisar as **narrativas e experiências subjetivas** relacionadas ao enfrentamento do câncer de mama e ao processo de tratamento;
- \* Identificar as **principais transformações na identidade e nas relações sociais** decorrentes da doença e da cirurgia;
- \* Compreender de que maneira as representações sociais sobre o câncer e a mastectomia influenciam a **reconstrução simbólica do corpo e da identidade**

**Endereço:** Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1  
**Bairro** Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município** GOIANIA  
**Telefone** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-** cep.prpi@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 7.915.526

feminina\*\*;

\* Contribuir para a reflexão sobre práticas de cuidado psicológico e políticas públicas voltadas ao acolhimento e à reinserção social de mulheres mastectomizadas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A presente pesquisa envolve **riscos mínimos**, principalmente de natureza **psicológica e emocional**, uma vez que as participantes serão convidadas a revisitar e relatar experiências delicadas relacionadas ao diagnóstico do câncer de mama, ao tratamento e ao processo de mastectomia. Esses relatos podem despertar sentimentos de tristeza, angústia, vergonha, vulnerabilidade ou desconforto emocional ao rememorar momentos marcantes de suas trajetórias pessoais e de saúde.

Para minimizar tais riscos, a pesquisadora compromete-se a adotar **cuidados éticos rigorosos**, garantindo um ambiente acolhedor e respeitoso durante as entrevistas, reforçando a **participação voluntária** e o **direito de desistência** a qualquer momento, sem prejuízo algum. As entrevistas serão conduzidas de forma empática e atenta aos sinais emocionais das participantes, e, caso seja necessário, estas serão orientadas a buscar **atendimento psicológico especializado**, com informações sobre serviços de apoio disponíveis.

Há também **risco potencial de identificação** das participantes devido ao caráter pessoal e sensível dos relatos. Para mitigar esse risco, os dados serão tratados com **sigilo e confidencialidade**, e as transcrições não conterão nomes ou informações que permitam a identificação direta ou indireta das participantes.

Quanto aos **benefícios**, embora não haja ganhos materiais ou imediatos, a pesquisa tem potencial para gerar impactos relevantes tanto **individuais quanto sociais**. Do ponto de vista individual, a participação pode proporcionar um **espaço seguro de escuta e expressão emocional**, contribuindo para a ressignificação da experiência vivida e para o fortalecimento da autoestima e da

**Endereço:** Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1  
**Bairro** Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município** GOIANIA  
**Telefone** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-** cep.prpi@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 7.915.526

identidade dessas mulheres. No âmbito coletivo, o estudo poderá **produzir conhecimento científico significativo** sobre as representações sociais associadas à feminilidade e ao câncer de mama, subsidiando **práticas psicológicas mais sensíveis** e **políticas públicas de saúde** que contemplem as dimensões subjetivas e sociais envolvidas nesse processo.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto apresenta relevância acadêmica, social e científica significativa ao propor a investigação das **representações sociais e da identidade feminina de mulheres submetidas à mastectomia** em decorrência do câncer de mama. Trata-se de um tema de grande impacto humano e social, cuja abordagem qualitativa e exploratória se mostra adequada aos objetivos propostos, permitindo a escuta aprofundada das experiências e a análise dos sentidos atribuídos ao corpo, à feminilidade e à trajetória de adoecimento e superação.

A pesquisa demonstra coerência entre objetivos, metodologia e referencial teórico, fundamentando-se na **Teoria das Representações Sociais**, o que favorece a compreensão dos significados compartilhados e das construções simbólicas relacionadas à doença e à cirurgia. A escolha por **entrevistas semiestruturadas** e análise de conteúdo é metodologicamente consistente e favorece a emergência de narrativas ricas e multifacetadas.

Do ponto de vista ético, o projeto prevê os cuidados necessários à **proteção das participantes**, reconhecendo os possíveis riscos emocionais decorrentes da rememoração de experiências dolorosas e apresentando estratégias de mitigação adequadas, como a garantia de participação voluntária, a possibilidade de desistência a qualquer momento e a oferta de informações sobre serviços de apoio psicológico. A pesquisa também assegura a **confidencialidade e o anonimato dos dados**, fundamentais em estudos que envolvem relatos íntimos e sensíveis.

Considera-se ainda que o estudo possui potencial para **contribuir com práticas de cuidado mais humanizadas e centradas na subjetividade das mulheres**, além de oferecer subsídios para a formulação de políticas públicas de saúde voltadas ao acolhimento, à reabilitação psicossocial e à valorização da experiência feminina

**Endereço:** Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1  
**Bairro** Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município** GOIANIA  
**Telefone** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-** cep.prpi@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 7.915.526

no enfrentamento do câncer de mama.

Diante disso, a pesquisa se apresenta **\*\*eticamente adequada e metodologicamente consistente\*\***, atendendo aos princípios estabelecidos nas Resoluções CNS nº 466/2012 e nº 510/2016, e tem potencial de gerar conhecimento relevante e aplicável no campo da saúde e das ciências humanas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São apresentados os seguintes documentos: Informações Básicas do Projeto; Carta de Encaminhamento das pendências; Projeto de Pesquisa com cronograma prevendo o início da coleta de dados para outubro de 2025; TCLE; Termo de Compromisso assinado pela pesquisadora responsável, bem como por sua orientadora; Instrumentos de coleta de dados; Termo de Anuência da instituição onde a pesquisa será realizada e Folha de Rosto assinada pela pesquisadora responsável, bem como pela direção da Faculdade de Educação.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Foram solucionados. Recomendo aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa/CEP-UFG considera o presente protocolo APROVADO. A pesquisa foi considerada em acordo com os princípios éticos vigentes.

Atenção para a Resolução CNS nº466/12, o pesquisador responsável deve: assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa; E Resolução 510/16 Art 17º VI -que dispõe sobre a garantia aos participantes do acesso aos resultados da pesquisa.

Reiteramos a importância deste Parecer Consubstanciado, e lembramos que o(a) pesquisador(a) responsável deverá encaminhar ao CEP-UFG os relatórios parciais e o Relatório Final baseado na conclusão do estudo e na incidência de publicações decorrentes deste, de acordo com o disposto na Resolução CNS n. 466/12 e Resolução CNS n. 510/16. O prazo para entrega do Relatório é de até 30 dias após o encerramento da pesquisa, previsto para 05/12/2025.

**Endereço:** Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1  
**Bairro** Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município** GOIANIA  
**Telefone** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-** cep.prpi@ufg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
GOIÁS - UFG



Continuação do Parecer: 7.915.526

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_2598743.pdf	29/09/2025 21:40:48		Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_pendencias.pdf	29/09/2025 21:37:37	Gardenia de Souza Furtado Lemos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadoalterado.pdf	29/09/2025 20:53:28	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEalterado.pdf	29/09/2025 20:52:33	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Carta_pendencias_.pdf	07/08/2025 18:54:55	Gardenia de Souza Furtado Lemos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodetalhadoatualizado.pdf	06/08/2025 15:12:07	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termodecompromisso.pdf	14/07/2025 19:37:37	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	instrumentosdecoletadedados.pdf	14/07/2025 19:36:06	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	termodeanuencia.pdf	14/07/2025 19:34:03	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	14/07/2025 19:32:44	LUCIANA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Luciana_Duarte_assinado_assinado.pdf	14/07/2025 16:36:50	Gardenia de Souza Furtado Lemos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Rodovia R2, n. 3.061, Parque Tecnológico Samambaia, Edifício K2, sala 110, piso 1  
**Bairro** Campus Samambaia **CEP:** 74.690-970  
**UF:** GO **Município** GOIANIA  
**Telefone** (62)3521-1215 **Fax:** (62)3521-2045 **E-** cep.prpi@ufg.br