



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL - DOUTORADO

**CORPO MASTECTOMIZADO E REPRESENTAÇÕES:
REDE DE SIGNIFICAÇÕES QUE CONDUZEM A AÇÃO**

ROSEANE CHRISTHINA DA NOVA SÁ SERAFIM

JOÃO PESSOA – PB
SETEMBRO/2013

ROSEANE CHRISTHINA DA NOVA SÁ SERAFIM

**CORPO MASTECTOMIZADO E REPRESENTAÇÕES:
REDE DE SIGNIFICAÇÕES QUE CONDUZEM A AÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Doutorado em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, por Roseane Christhina da Nova Sá Serafim, sob a orientação de Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho, como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora em Psicologia Social.

**JOÃO PESSOA–PB
SETEMBRO/2013**

**CORPO MASTECTOMIZADO E REPRESENTAÇÕES:
REDE DE SIGNIFICAÇÕES QUE CONDUZEM A AÇÃO**

ROSEANE CHRISTHINA DA NOVA SÁ SERAFIM

Data da defesa: João Pessoa, 09 de setembro de 2013

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria da Penha de Lima Coutinho
(UFPB, Orientadora)

Profa. Dra. Silvana Galvão Ribeiro
(UFPB – Membro Interno)

Profa. Dra. Ieda Franken
(UFPB – Membro Interno)

Profa. Dra. Natália Ramos
(UAL – Membro Externo)

Profa. Dra. Cristiane Galvão Ribeiro
(UNIPÊ – Membro Externo)

Profa. Dra. Ionara Dantas Estevam
(Universidade Potiguar – Membro Externo)

A todas as mulheres que tiveram câncer de mama e precisaram se submeter à mastectomia. Dedico em especial a minha sogra Pedrina (in memoriam), minha tia Thereza (in memoriam), minha prima Claudinha e minha amiga Silvana que, também, tiveram sua existência atravessada pelo câncer de mama e pela mastectomia.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, o ser supremo que me fez carne e que em espírito está comigo em todas as horas, a Ele toda honra, toda glória e todo louvor! Agradeço a Deus por ter conseguido chegar até aqui.

À todas as pessoas que acreditaram no meu potencial e junto comigo construíram esta tese. Em especial ao meu pai (*in memoriam*), agradeço a ele o suporte e o incentivo necessário para que este projeto se iniciasse.

À professora e amiga Maria da Penha de Lima Coutinho que de forma ética, acolhedora e responsável soube conduzir todo o processo do meu doutoramento. Obrigada por todos esses anos, desde a graduação, acreditar no meu potencial. Obrigada, ainda, por ensinar a compartilhar saberes e fazeres no que concerne à prática docente.

À minha estimada família que nos momentos em que pensei em desistir deste doutorado dizia-me para levantar a cabeça e seguir em frente. Em especial à minha mãe pela solidariedade e disponibilidade para cuidar do meu filho, nos momentos em que mais precisei ausentar-me para escrever esta tese. Obrigada mãe por se fazer presente em minha vida.

À minha única e amada irmã pelas palavras de incentivo que me afetaram tão positivamente não me fazendo desistir no meio do caminho.

Ao meu esposo que me encorajou a apostar neste projeto. E, que nos momentos de dúvida estava ali para me dar a certeza de que eu estava no caminho certo.

Ao meu filho amado que mesmo sem ter consciência, com seu sorriso alegrava os meus dias e alimentava em mim a vontade de ir além, de chegar até aqui, por exemplo.

À professora Maria da Penha de Lima Coutinho que de forma ética e responsável soube conduzir todo o meu processo de doutoramento. Obrigada por todos esses anos estar ao meu lado compartilhando saberes e fazeres no que concerne à prática docente.

Às professoras Evelyn Rúbia Saraiva de Albuquerque, Lilian Galvão e Silvana Carneiro Maciel obrigada pelas contribuições no momento da qualificação desta tese, pelos desafios lançados. Pessoas que admiro pelo histórico de vida pessoal e acadêmica.

À professora Natália Ramos que gentilmente aceitou o convite para compor a banca examinadora desta tese.

À professora Ionara Dantas contemporânea de mestrado. Obrigada pelas palavras de solidariedade quando eu mais precisei. E, obrigada por aceitar fazer parte da banca examinadora.

À professora Cristiane Galvão Ribeiro, obrigada por aceitar ser avaliadora desta tese, e obrigada também por ter sido tão acolhedora com suas palavras, nos momentos em que mais estive angustiada durante este processo de doutoramento.

Aos professores doutores que compõem o corpo docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba. Obrigada pelos ensinamentos.

As colegas de trabalho, mas também amigas-irmãs, Valquíria e Cleide, obrigada por se fazerem presentes nos momentos de atropelos, obrigada pela energia positiva.

Agradeço ainda a toda a equipe da Organização Não Governamental que abriu as portas da instituição e possibilitou a efetivação da coleta dos dados.

As participantes que gentilmente disponibilizaram de tempo para responder aos instrumentos e compartilhar saberes e fazeres em torno da experiência existencial no contexto pós-mastectomia.

As doutorandas, Andréa, Clênia e Iany, companheiras de todas as horas, amigas que descobri neste momento da minha vida profissional. A vocês, meu muito obrigada pela força, pelas palavras de otimismo, pelos momentos de descontração que ultrapassaram os muros da academia, pela mão amiga que me segurou para eu não cair. Valeu!!!

Ao pessoal que compõem o Núcleo de Pesquisa Aspectos Psicossociais da Prevenção e da Saúde Coletiva, obrigada pelo apoio, companheirismo e amizade, durante todos esses anos. Em especial, agradeço a Lidiane, Denise, Rosane, e Adriele.

Não podia esquecer-me do apoio logístico das minhas queridas alunas e futuras colegas de profissão, Ingrid Michelle, Janmeyca Rayanne, Ricard Bezerra, Mariana Revoredo, Ana Raquel Martins e Thallyane Rayssa que disponibilizaram de tempo para me ajudar na transcrição das entrevistas. E os demais alunos que compreenderam minhas ausências na reta final para entregar esta tese, valeu turma!

Agradeço também a todas as pessoas que de perto ou mesmo de longe oraram e intercederam espiritualmente para que eu tomasse posse de mais uma vitória!

“**A**s teorias de senso comum sobre o corpo, além de repercutirem nas práticas corporais de cuidados com o corpo, interferem também no modo como a se dá a relação com o outro” (Camargo, Justo & Jodelet, 2010, p. 450).

RESUMO

Esta tese objetivou apreender as representações sociais do corpo mastectomizado elaboradas por mulheres que se submeteram à mastectomia em decorrência do câncer de mama. Com base na Teoria das representações sociais preconizou que retirada da mama, um órgão impregnado de simbolismo sociocultural, convoca os atores sociais a reeditarem a figura do corpo feminino. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, procedeu-se com um estudo descritivo e exploratório. Neste estudo, 23 mulheres entre 30 e 59 anos (M= 49 anos; DP= 5,8) foram escolhidas por conveniência, de forma intencional e não probabilística. Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram o Questionário Biosociodemográfico, a Técnica do Desenho-estória com Tema e a Técnica da Entrevista Semiestruturada. A análise dos dados seguiu a especificidade do questionário e de cada técnica, por isso utilizou-se o SPSS para análise descritiva, a análise de conteúdo temática e o Alceste para análise lexical. Após a descrição dos resultados, observou-se que as participantes apresentaram uma média de seis anos de mastectomia (DP= 3,7). Quanto ao uso de prótese mamária 14 disseram que usam a prótese móvel feita de alpine ou silicone. E com relação à satisfação com a imagem corporal 13 participantes disseram estar satisfeitas. O material gráfico-verbal apreendido através do Desenho-estória com Tema Depois após passar pela análise criteriosa de três juízes foi agrupado em três categorias empíricas (*estigmatização, estratégias de ajustamento social e rede de suporte*) e 12 subcategorias simbólicas. A Classificação Hierárquica Descendente dos dados processados pelo Alceste foi organizada em dois subcorpora representados por eixos temáticos. O eixo temático *rede de suporte e limitações funcionais* aglutinou as classes temáticas 1 (espiritualidade como suporte de proteção) e 3 (limitações funcionais). Já o eixo temático *estigma e ajustamento social* aglutinou as classes temáticas 2 (representação negativa do corpo no pós mastectomia) e 4 (prótese como elemento de retificação). Com base na análise dos resultados infere-se que as representações sociais objetivadas a partir dos grafismos e narrativas desvelam o corpo mastectomizado como um correspondente simbólico indissociável do sujeito da representação, do objeto representacional e da experiência existencial gerada pela descoberta do nódulo que ratifica o diagnóstico do câncer de mama e pelas sequelas oriundas não só da mastectomia, mas do tratamento que envolve também a quimioterapia e a radioterapia. O corpo mastectomizado ao emergir como ícone de estigma social objetiva-se, também, a partir da experiência intersubjetiva da fé associada a práticas altruístas, e do uso externo da prótese mamária e da cirurgia plástica reparadora. Na fala das participantes o uso da prótese móvel e a realização da cirurgia reconstrutora da(s) mama(s) configuraram-se como possibilidades de ajustamento social e retificação da pertença grupal e da imagem corporal. Como desdobramentos, esta tese sugere que sejam realizados estudos com maior número de participantes considerando a diferença de gênero, e a elaboração de ações terapêuticas mais eficazes no que concerne ao resgate da autonomia, protagonismo e autoestima das mulheres que precisam se submeter à mastectomia em decorrência do câncer de mama. Por último, almeja-se ampliar os diálogos entre o campo da oncologia e da psicologia.

Palavras-chaves: Representações; Corpo; Mastectomia; Estigma; Ajustamento.

ABSTRACT

The present thesis aimed to identify the social representations of the mastectomized body made by women who have undergone a mastectomy due to breast cancer. Based on the theory of social representations, it has been established that removal of breast, which is an organ that is ingrained in sociocultural symbolism, calls the social actors to reissue the figure of the female body. After approval of the Ethics Committee in Research, an exploratory and descriptive study has been started. In this study, 23 women between 30 and 59 years-old ($M= 49$, $SD= 5.8$) have been chosen for convenience, intentionally and non-probabilistically. The instruments used for data collection were the Bio-socio-demographic Questionnaire, the Drawing-story with Theme and Semistructured Interview. The data analysis and treatment followed the specificity of the questionnaire and of each technique, so it was consequently used the SPSS for descriptive analysis, the thematic content analysis and the Alceste for lexical analysis. Thus, it is stated that among the participants the results indicate an average of six years of mastectomy ($SD= 3.7$). Regarding the use of breast implant 14 women said they use mobile prosthesis made of silicone or birdseed. And, concerning the satisfaction with body image, 13 participants said they were satisfied. The verbal-graphic material seized by Drawing-story with Theme, after passing through the critical analysis of three judges, was grouped into three empirical categories (stigmatization, social adjustment strategies and support network) and 12 symbolic subcategories. The Descending Hierarchical Classification of the data processed by Alceste was organized in two subcorpora represented by thematic axes. The thematic axis of *support network* and *functional limitations* brought together the thematic classes 1 (spirituality as protection support) and 3 (functional limitations). Yet thematic stigma and social adjustment coalesced thematic classes 2 (negative representation of the body in post mastectomy) and 4 (a breast implant as a rectification element). Based on the analysis of the results, it is inferred that social representations objectified from the graphisms and narratives reveal the mastectomized body as an inseparable symbolic correspondent from the representation subject, from the representational object and existential experience generated by the discovery of the lump which confirms the breast cancer diagnosis and by the consequences arising not only from the mastectomy, but from the treatment that also involves chemotherapy and radiotherapy. Emerging as an icon of social stigma, the mastectomized body also objectifies from the intersubjective experience of faith associated with altruistic practices, and from the use of external breast prostheses and reconstructive plastic surgery. In the speech of the participants, the use of mobile prosthesis and breast reconstructive surgery configure as possibilities for social adjustment and rectification of group belonging and body image. As developments, this thesis suggests that studies with larger numbers of participants considering the gender difference, and the development of more effective therapeutic actions with regard to the rescue of autonomy, leadership and self-esteem of women who need to undergo mastectomy as a result of breast cancer. Finally, we aim to broaden the dialogues between the field of oncology and psychology.

Keywords: representations, body, mastectomy; stigma; adjustment.

RESUMEN

Esta tesis tuvo como objetivo identificar las representaciones sociales del cuerpo mastectomizado elaboradas por mujeres que se han sometido a una mastectomía por el cáncer de mama. Teniendo por base la teoría de las representaciones sociales, se preconizó que la retirada de la mama, un órgano cargado de simbolismo sociocultural, convoca los actores sociales a reeditaren la figura del cuerpo femenino. Después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación, se procedió a un estudio descriptivo e investigativo. En este estudio, se seleccionaron 23 mujeres con edades entre 30 y 59 años ($M= 49$; $DP= 5,8$) elegidas por conveniencia, de manera no intencional y no probabilística. Los instrumentos utilizados para la recogida de datos fueron el Cuestionario Biosociodemográfico, la Técnica de Dibujo-historia con Tema y la Técnica de Entrevista Semiestructurada. El análisis de los datos siguió la especificidad del cuestionario y de cada técnica, por eso se utilizó el SPSS para el análisis descriptivo y el análisis de contenido temático, y el Alceste para el análisis léxico. De este modo, se afirma que, entre las participantes, los resultados indican una media de seis años de mastectomía ($DP= 3,7$). Respecto al uso de implantes mamarios, 14 mujeres dijeron que usan prótesis móvil de silicona o alpiste. Y en cuanto a la satisfacción con la imagen corporal, 13 participantes dijeron que estaban satisfechas. El material gráfico-verbal apprehendido por medio del Dibujo-historia con Tema, después de pasar por el análisis crítico de tres jueces, fue agrupado en tres categorías empíricas (estigmatización, estrategias de adaptación social y red de apoyo) y 12 subcategorías simbólicas. La clasificación Jerárquica Descendente de los datos trabajados por Alceste se organizó en dos subcorpora representados por ejes temáticos. El eje *red de apoyo y limitaciones funcionales* reunió a las clases temáticas 1 (espiritualidad como apoyo a la protección) y 3 (limitaciones funcionales). Por su vez, el eje temático *estigma y ajuste social* unió las clases temáticas 2 (representación negativa del cuerpo después de la mastectomía) y 4 (el implante de mama como parte de la rectificación). Basándose en el análisis de los resultados, se infiere que las representaciones sociales objetivadas desde los gráficos y narrativas revelan el cuerpo mastectomizado como un correspondiente simbólico inseparable del sujeto de la representación, del objeto de representación y de la experiencia existencial generada por el descubrimiento del nódulo que confirma el diagnóstico del cáncer de seno y las secuelas que se derivan no sólo de la mastectomía, pero también del tratamiento con la quimioterapia y la radioterapia. Cuando emerge como el icono de la estigmatización social, el cuerpo mastectomizado se objetiva también desde la experiencia intersubjetiva de la fe – asociada con prácticas altruistas –, del uso de prótesis mamarias externas y de la cirugía plástica reconstructiva. En el habla de las participantes, el uso de la prótesis móvil y la cirugía reconstructiva de la mama se configuran como posibilidades de ajuste social y de rectificación de pertenencia grupal e de la imagen del cuerpo. Como desdoblamientos, esta tesis sugiere que sean realizados estudios con más participantes, teniendo en cuenta la diferencia de género y el desarrollo de acciones terapéuticas más eficaces en relación al rescate de la autonomía, del protagonismo y de la autoestima de las mujeres que necesitan someterse a una mastectomía como consecuencia del cáncer de mama. Por último, se anhela ampliar los diálogos entre los campos de la oncología y de la psicología.

Palabras clave: representaciones; cuerpo; mastectomía; estigma; ajuste.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01	Desenho-estória - “Uma mulher com câncer de mama”
Figura 02	Desenho-estória - “Câncer de mama, doença que marca a vida da gente”
Figura 03	Desenho-estória - “Era uma vez uma mulher que teve câncer de mama”
Figura 04	Desenho-estória - “Um corpo marcado pela mastectomia”
Figura 05	Desenho-estória - “Diferença...”
Figura 06	Desenho-estória - “Uma vida marcada pela mastectomia”
Figura 07	Desenho-estória - “Ela conseguiu!”
Figura 08	Desenho-estória - “E agora?”
Figura 09	Desenho-estória - “Uma mulher curada”
Figura 10	Desenho-estória - “Reinventando a vida após a mastectomia”
Figura 11	Desenho-estória - “Preconceito, sofrimento, prótese e superação”
Figura 12	Desenho-estória - “Com a prótese é melhor
Figura 13	Desenho-estória - “Desprezo, luta, apoio e superação”
Figura 14	Desenho-estória - “Um corpo, uma história”
Figura 15	Desenho-estória - “Antes e depois da mastectomia”
Figura 16	Desenho-estória - “É só ter fé!”
Figura 17	Desenho-estória - “Liberdade”
Figura 18	Desenho-estória - “Uma mulher abandonada pela família e cuidada por Deus”
Figura 19	Desenho-estória - “Se Deus é por mim, ninguém é contra mim”
Figura 20	Desenho-estória - “Deus cuida dessa mulher”
Figura 21	Desenho-estória - “Fé e confiança em Deus”
Figura 22	Desenho-estória - “Essa aí sou eu, uma pessoa normal”
Figura 23	Desenho-estória - “Essa aí é Maria”
Figura 24	Distribuição das categorias e das subcategorias
Figura 25	Distribuição dos desenhos e recortes semânticos associados à primeira categoria - Estigmatização
Figura 26	Distribuição dos desenhos e recortes semânticos associados à segunda categoria - Ajustamento Social
Figura 27	Distribuição dos desenhos e recortes semânticos associados à terceira categoria - Rede de Suporte
Figura 28	Número de palavras analisadas por Classe
Figura 29	Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente - representações sociais do corpo mastectomizado (n=21)
Figura 30	“Deus” elemento da Classe: Espiritualidade como suporte de proteção
Figura 31	“Braço” elemento figurativo da Classe: Limitações Funcionais.....
Figura 32	“Corpo” elemento figurativo Classe: Representações Sociais Negativas do corpo.....
Figura 33	“Prótese” elemento figurativo da Classe: Prótese mamária como elemento de retificação

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial de Correspondência
Alceste	<i>Analyse Lexicale por Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte</i>
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CHA	Classificação Hierárquica Ascendente
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Representações Sociais
SES-PB	Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba
SPSS	Programa Estatístico para Ciências Sociais
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UC	Unidade de Contexto
u.c.e.	Unidade de Contexto Elementar
UCEs	Unidades de Contexto Elementar
u.c.i.	Unidade de Contexto Inicial
UCIs	Unidades de Contexto Inicial

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS.....	
LISTA DE ABREVIATURAS.....	
RESUMO.....	
ABSTRACT.....	
RESUMEN.....	
INTRODUÇÃO.....	
CAPÍTULO I.....	
CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	
1.1 OBJETIVO GERAL.....	
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	
CAPÍTULO II.....	
NOTAS SOBRE A DIMENSÃO REPRESENTACIONAL DO CORPO AO LONGO DA HISTÓRIA.....	
2.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: RESSONÂNCIAS DO SABER COMUM.....	
2.2 DO CORPO PRIMITIVO AO CORPO CONTEMPORÂNEO.....	
CAPÍTULO III.....	
O CORPO COMO OBJETO DE CONSUMO DA CULTURA.....	
CAPÍTULO IV.....	
ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA E DA MASTECTOMIA.....	
4.1. O ATRAVESSAMENTO DO CANCER DE MAMA E DA MASTECTOMIA NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA IMAGEM CORPORAL DA MULHER.....	
4.2 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E REDE DE SUPORTE SOCIAL À MULHER MASTECTOMIZADA.....	
CAPÍTULO IV.....	
MÉTODO.....	
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	
5.2 LOCAL DE INVESTIGAÇÃO.....	
5.3 PARTICIPANTES.....	
5.4 INSTRUMENTOS.....	
5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E PARA COLETA DOS DADOS.....	
5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	
CAPÍTULO VI.....	
DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS.....	
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PARTICIPANTES.....	
6.2 GRAFISMOS E NARRATIVAS ASSOCIADOS AO CORPO	

MASTECTOMIZADO.....	
6.3 DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....	
CAPÍTULO VII.....	
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	
7.1 ANÁLISE TEMÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO MASTECTOMIZADO	
7.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO MASTECTOMIZADO: UMA LEITURA PELAS LENTES DO ALCESTE.....	
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	
REFERÊNCIAS.....	
APÊNDICES.....	
Apêndice I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	
Apêndice II - Roteiro da entrevista semiestruturada.....	
ANEXOS	
Anexo A - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa.....	
Anexo B - Nº do CAAE.....	

INTRODUÇÃO

Antes de tecer quaisquer considerações acerca da estrutura formal desta tese, faz-se necessário esclarecer ao(a) leitor(a) que o interesse de estudar o corpo mastectomizado a luz da Teoria das Representações Sociais (TRS) surgiu a partir das atividades assistenciais e docentes desenvolvidas na área da psicologia hospitalar. A condição de psicóloga e supervisora de estágio possibilitaram observar que o corpo adoecido está para além de uma demarcação biológica pautada num funcionamento orgânico e mecanicista. Imbuído de uma condição sociohistórica esse mesmo corpo apresenta-se como um correspondente simbólico diante da experiência de estar doente.

Por esta razão, pode-se pensar que o corpo humano, além de figurar como conjunto de órgãos necessários para o funcionamento da vida conceitua-se como uma construção simbólica, associada às percepções e as representações singulares e consensuais mediadoras da relação entre sujeito e sociedade (Andrieu, 2006; Andrieu & Boëtsch, 2008). Ao adotar este conceito de corpo, tornar-se necessário lembrar que “o estudo da representação do corpo possui diferentes enfoques: um coletivo, social e outro psicológico, individual” (Justo & Camargo, 2013, p. 24).

A esse respeito Jodelet (1994) esclarece que o enfoque coletivo assume caráter dinâmico e intersubjetivo, ao incluir modalidades de conhecimento prático, ou seja, representações elaboradas num espaço relacional identificado pela pertença grupal, a partir das interlocuções sociais veiculadas e propagadas através de uma rede de significações catalisadora de cognições e afetos. No que concerne ao enfoque baseado na dimensão subjetiva, essa autora ainda afirma que a representação do corpo refere-se à relação que o sujeito estabelece com o próprio corpo, através da experiência sensorial de dor e prazer, e nas percepções da imagem corporal que é refletida aos e pelos outros.

Ao ecoar representações singulares e consensuais, o corpo habilita-se como espaço de comunicação e significação, como sede de sentido da cultura e território

acolhedor do signo e do ator social, significante e intérprete, capaz de intervir e alterar os modos de pensar, sentir e agir dos diferentes grupos sociais (Bártolo, 2007; Castro, 2011). Sob esse prisma, Silva (2010, p. 10) faz questão de lembrar que as singularidades das representações associadas ao corpo não se configuram como “ilhas isoladas”, mas “se derivam de uma série de outras singularidades”, por isso a expressão rede de significações para se referir ao estudo das representações sociais do corpo.

Por representações sociais entende-se um processo interacional e dinâmico que é compartilhado por um grupo de pertença (Jodelet, 2009). Esse processo refere-se à articulação entre processos comunicacionais e o pensamento social geradores de novos conhecimentos, ao mesmo tempo em que provocam a (re)edição de condutas e comportamentos frente a fenômenos sociais que interpela e afetam as relações intragrupos e intergrupos (Moscovici, 2011; Palmonari, 2009)

Em face dessas premissas, Justo e Camargo (2013, p. 23) ratificam as ideias de Denise Jodelet ao assegurarem que a estrutura simbólica do corpo se organiza a partir da “forma como cada um usa, adocece, percebe, modifica, degrada e transforma o corpo”. Neste sentido, os códigos normativos referentes a valoração da estética corporal, ao se propagarem pela mídia atravessam todos os segmentos sociais e impõem-se como problemática no campo da saúde, uma vez que se instituem como parâmetros para a sociedade categorizar e confirmar a normalidade de outrem (Goffman, 2008).

A esse respeito, cabe esclarecer que na sociedade contemporânea a realidade cultural permeada pelo culto ao corpo passa a protagonizar a ordem social e moral ao determinar que “a mulher precisa ter mama e cabelos longos para construção da sua feminilidade” (Pereira, Rosenhein, Bulhosa, Lunardi & Lunardi Filho, 2006, p. 792). Neste contexto, a mama feminina é representada universalmente como símbolo da feminilidade, um órgão impregnado de simbolismo sociocultural que desempenha em

muitas culturas uma função significativa para a sexualidade e identidade da mulher (Almeida, 2008; Aureliano, 2007a; Ferreira & Mamede, 2003; Silva, et al., 2012).

Logo, pode-se pensar que no campo da saúde, a modificação corporal reflete processos identitários e de categorização associados à justificativa de pertença grupal (Bourdieu, 1979; Camargo, Justos, & Alves, 2011; Sampaio, 2006). No tocante a este aspecto, a modificação corporal decorrente da mastectomia, convoca os atores sociais a reeditarem a figura do corpo feminino, uma vez que se trata de uma indicação cirúrgica para o tratamento do câncer de mama, um problema de saúde pública que mais acomete mulheres na fase adulta (Ferreira & Mamede, 2003; Silva, et al. 2010).

Segundo Moreira e Manaia (2005) a ausência da(s) mama(s) gera além de efeitos físicos nefastos, implicações sociais e emocionais que irão afetar diretamente a integralidade das mulheres acometidas pelo câncer de mama. Neste contexto, a mulher pode interrogar-se sobre vários aspectos identitários alterados pela percepção de estranheza diante da imagem do corpo mastectomizado (Ferreira & Mamede, 2003). Esses aspectos identitários interrogados vão desde “os papéis que ela representa em nossa sociedade (mãe, esposa) às questões envolvendo a sexualidade, até uma identidade enquanto pessoa doente, mutilada, as identidades do corpo alterado, identidade enquanto trabalhadora, etc.” Aureliano (2007a, p. 125).

De acordo com Manfredini (2011), as mulheres submetidas à mastectomia, na intenção de reparar os efeitos físicos nefastos, aumentar a autoestima e minimizar a sensação de estranhamento causada pela imagem estigmatizada do corpo mutilado, recorrem ao uso de prótese mamária ou mesmo a cirurgia plástica reparadora da mama. Entretanto, estudos realizados por Aureliano (2006, 2007a) confirmam que a cirurgia reparadora da mama também é percebida como mais um procedimento mutilador.

Diante do estranhamento causado pela modificação do corpo após a mastectomia, “a adaptação para uma nova imagem corporal, como no caso da doença, pode ser lenta e difícil” (Bittencourt, Alves, Luzia, Menezes & Sória, 2009, p.272). Neste sentido, pensa-se que na tentativa de tornar familiar a imagem do corpo mutilado pela mastectomia, as mulheres acometidas pelo câncer de mama são interpeladas e convocadas a construir novos conhecimentos sobre si mesmo na medida em que sua pertença grupal é justificada no espaço coletivo.

Com base nos estudos realizados sobre a relação que a mulher mantém com seu corpo após a mastectomia, percebe-se uma ênfase dada ao discurso em torno do câncer de mama e do tratamento que culmina na maioria das vezes no corpo mastectomizado (Alves, 2011; Amorim, 2007; Aureliano, 2006, 2007a, 2007b, 2009; Azevedo & Lopes, 2010; Ferreira & Mamede, 2003; Kappaun & Ferreira, 2008; Müller; Hoffmann & Fleck, 2006). A partir desta constatação, considera-se que a relevância desta tese está no cabedal metodológico pautado na TRS. Parte-se do pressuposto que a expressão imagética articulada com a expressão verbal permite ampliar os conhecimentos sobre o sujeito e objeto da pesquisa, expondo mais ainda suas complexidades, o que estaria de acordo com a perspectiva das RS.

"imagens e palavras são sistemas de comunicação providos com diferentes propriedades, e devem, concordantemente, ser considerados como canais específicos da gênese, transmissão e objetivação das representações sociais" (De Rosa & Farr, 1996, p. 240).

Sendo assim, preconizou-se que através das representações icônicas, as mulheres mastectomizadas passem a ser percebidas como sujeito da ação, ou seja, não daquela apresentada no momento da investigação, mas de sua própria história onde se institui um novo referencial de corpo a partir da ausência de uma ou ambas as mamas. Desta

forma, compreende-se que a imagem corporal quando processada cognitivamente deixa de ser apenas signo ao tornar-se linguagem enquanto correspondente de uma situação/interação social (Moscovici, 2011).

A partir desta premissa, preconiza-se que ao representar o corpo mastectomizado pelo signo da ausência da mama ou mesmo da presença maquiada pelo uso de prótese mamária (fixa/móvel) os processos de inclusão ou exclusão social emergem nos discursos das mulheres acometidas pelo câncer de mama e pela mastectomia. Em face dessas elucidações, pensou-se que uma investigação multimétodo sobre as representações sociais do corpo mastectomizado desvelariam a indissociabilidade entre a doença e o tratamento.

Assim sendo, à luz das representações sociais, espera-se colaborar com as discussões no campo da Oncologia e da Psicologia, já que as estratégias de superação transcendem os muros dos hospitais, na medida em que alojam-se nos lugares sociais de pertencimento grupal (Martinelli, 2007). Ao término desta tese, almeja-se subsidiar práticas de cuidado que favoreçam ações interdisciplinares mais humanizadas, uma vez que o cuidado ofertado à “mulher mastectomizada não deve focalizar apenas a doença e a reabilitação física; deve abranger um contexto amplo que envolva os aspectos culturais, educacionais, econômicos e sociais” (Caetano, Panobianco & Gradim, 2012, p. 966).

No que diz respeito a essa afirmativa, os trabalhadores (cuidadores) de saúde precisam desenvolver ações de cuidado que priorizem não apenas a saúde do corpo, mas, sobretudo, recuperar a *unidade da pessoa* e suas identidades sociais afetadas tanto pelo câncer de mama quanto pelo efeito perceptual da imagem alterada pela mastectomia (Aureliano, 2007a). Para tanto, esta tese foi didaticamente estruturada em sete capítulos. Cabe agora descrever o panorama geral dessa estrutura didática.

No **primeiro capítulo** o(a) leitor(a) pode ter acesso a contextualização do objeto de estudo a ser pesquisado. Enquanto que o **segundo capítulo** se refere à articulação entre a Teoria das Representações Sociais e à noção de corpo ao longo da história. Desse modo, é possível compreender que a dimensão representacional do corpo revela como os indivíduos se constituem simbolicamente enquanto homens e mulheres, ao mesmo tempo em que desvela cada contexto histórico a partir dos atributos e padrões corporais, correspondentes à organização social de cada época.

Já o **terceiro capítulo** revela o corpo como objeto de consumo da sociedade regida pelos códigos culturais de valoração estética, concomitantemente considera que o culto ao corpo ressoa como problemática no campo da saúde. O **quarto capítulo** faz alusão ao câncer de mama como elemento central no contexto da (pós)mastectomia, e ainda elucida considerações sobre os aspectos psicossociais da imagem do corpo mastectomizado. Este capítulo ainda contempla pontos relacionados às estratégias de cuidado adotadas e ofertadas nesse contexto.

O **quinto capítulo** refere-se ao método, ou seja, tipo de estudo, *locus* de investigação, amostra, instrumentos utilizados, aspectos éticos, procedimentos de coleta e análise dos dados. O **sexto capítulo** se destina a apresentar a descrição dos resultados de acordo com cada instrumento utilizado. Enquanto que o **sétimo** será destinado às análises e discussões dos resultados, considerando a especificidade de cada instrumento de coleta. Sendo assim, por último, porém não menos importante, encontram-se às **considerações finais**, os **anexos** e o **apêndice**.

Capítulo I

CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Sabe-se que desde a Antiguidade a construção simbólica e cognitiva da imagem corporal do homem e da mulher tem sido objetivada de forma estereotipada por meio das interlocuções sociais (Barbosa, Matos & Costa, 2011; Giordani, 2006). A cada época histórica os códigos culturais que desvelam a imagem do corpo feminino ou mesmo masculino transcendem os aspectos fisiológicos, libidinais e sociais, na medida em que evidenciam o universo cultural, religioso, social, econômico e político do indivíduo e da sociedade (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2009; Ceccarelli, 2011).

Ao mergulhar no cenário social o corpo emerge ancorado no substrato cultural enquanto sistema normativo e simbólico, e objetivado como um “*locus comunicacional*” (Castro, 2011, p. 14). Por essa razão é que o corpo deixa de ser objeto de especulação apenas da fisiologia, anatomia e neurologia, passando a ser alvo de interesse de outras áreas de conhecimento, a saber: Filosofia, Sociologia, Antropologia, Psicologia, entre outras (Campana & Tavares, 2009; Ziliotto & Santos, 2008).

Mesmo assim, pode-se dizer que os códigos normativos de valoração estética, veiculados pelo discurso midiático naturalizam o corpo simétrico como objeto de consumo no contexto social do culto ao corpo (Alves, Pinto, Alves, Mota & Leirós, 2009; Barbosa, Matos & Costa, 2011; Ceccarelli, 2011; Dantas, 2011; Garrini, 2007; Goldenberg, 2011; Siqueira, 2011). Esse tipo de discurso sugere outros códigos normativos que se coadunam com a proposta de um corpo remodelado a partir de técnicas de aprimoramento da dimensão física, o que corresponde a “valorização da estética em detrimento da ética” (Castro, 2011, p. 21).

Ao promover o enquadramento do corpo nos padrões de beleza vigentes, o discurso midiático ratifica o discurso médico que admite o uso das biotecnologias, como por exemplo, a cirurgia plástica para fins estético-corretivos como produto do processo de categorização social. De tal modo que, ao popularizar os conhecimentos produzidos

pela ciência, a mídia exerce influência na produção e veiculação das imagens, crenças, valores e estereótipos, concomitantemente, configura-se como um dos principais meios de difusão, propaganda e propagação do padrão de beleza instituído pela sociedade (Goetz, Camargo, Bertoldo & Justo, 2008).

Portanto, é possível pensar que as campanhas publicitárias produzem subjetividades, na medida em que se constituem como sistema de difusão produzido pelo diálogo social que prescreve o culto ao corpo como tendência de comportamento (Goetz, Camargo, Bertoldo & Justo, 2008). Neste direcionamento, a mídia se vale do corpo “(...) *como transmisor de connotaciones deseables que se fusionan con el producto o servicio anunciado*” (Fanjul & González, 2009, p. 26).

Em geral, que ao serem interpeladas pela prescrição social, as mulheres são convocadas a investirem subjetivamente e financeiramente em si mesmas, quer dizer no aprimoramento da forma física, com a intenção de atingir o ideal de corpo propagado pela mídia televisiva, impressa e cibernética (Castro, 2011; Samarão, 2009). A este respeito Muela (2008, p. 13) lembra que “*el cuerpo es uno de los mejores reclamos para casi cualquier tipo de producto*”.

Na mesma linha de raciocínio, Goldenberg (2011, p.77) a partir de estudos socioantropológicos discute “o papel do corpo como uma importante forma de capital (físico, simbólico e social) na cultura brasileira” e afirma que na cultura brasileira o corpo emerge como ícone de valor agregado aos elementos figurativos de bem-estar, beleza, elevação da autoestima, prestígio e aceitação social. Em outro estudo, essa autora ainda assegura que no Brasil, o corpo ancorado na lógica capitalista figura como objeto de desejo e bem de consumo (Goldenberg, 2007).

Sendo assim, ao ser instituído como objeto de consumo, o corpo, passa a protagonizar simbolicamente a organização dos grupos sociais (Trinca, 2008). Com

base nesta premissa, pode-se dizer que o corpo eclode simbolicamente como um “mediador das relações sociais e do conhecimento que se tem de si e do outro” (Camargo, Justo & Jodelet, 2010, p. 450). A partir dele e por ele são estabelecidos os processos de categorização social e pertença grupal. Assim, “as mulheres são obrigadas a experimentar constantemente a distância entre o corpo real a que estão presas, e o corpo ideal, o qual procura infatigavelmente alcançar” (Goldenberg, 2011, p.79).

Mesmo sendo coisificado como objeto de desejo ou bem de consumo, o corpo enquanto um correspondente simbólico é um corpo que fala e ao falar, seja no plano individual ou coletivo, produz sentidos e significados que vão ecoar na construção compartilhada de saberes e fazeres acerca, por exemplo, da noção de imagem e corpo associada à figura humana (Secchi, Camargo & Bertoldo, 2009). Ao considerar a dispersão semântica dos enunciados ‘sentido’ e ‘significados’ vale esclarecer que o sentido refere a uma produção individual, enquanto o significado desvela a consensualidade, ou seja, uma uniformidade entre os sentidos (Vigotski, 2000). Diante dessas elucidacões, cabe informar que está tese opta por trabalho com o conceito de significado de Blumer (1969), esse autor diz que apesar de o significado das coisas surgir como resultado de orientações psicológicas internas das pessoas, ele é produto da vida social, ou seja, da convivência entre os seres humanos.

Ressalta-se que os conhecimentos construídos socialmente sobre a imagem do corpo humano, além de abranger aspectos fisiológicos e psicológicos se articulam com as dimensões histórica, cultural, valorativa e atitudinal, na medida em que influencia e é influenciada pelas relações sociais (Kappaun & Ferreira, 2008). Deste modo, pensa-se que a imagem corporal desvela todas as formas pelas quais uma pessoa experiencia e conceitua seu próprio corpo, já que “reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo” (Tavares, 2003, p.20).

A elaboração subjetiva das imagens do corpo, seja no plano individual ou coletivo, é investida de afetos que fomentam a formação da identidade do sujeito e o processo de categorização social (Barros, 2005). No que concerne à identidade do sujeito num plano social, Deschamps e Moliner (2009) afirmam que esta é construída de forma compartilhada, na medida em que aqueles que ocupam o mesmo espaço coletivo se percebem como semelhantes ao reconhecer a pertença grupal, por isso o processo de categorização social não se dá num mundo vácuo semiótico.

O que significa dizer que a expressão imagem corporal, além de referir um signo, refere uma linguagem que desvela uma situação/realidade social, econômica, política, cultural, histórica ou mesmo existencial, que servirá de subsídio para operações de estereotipia e comparação social. As imagens corporais veiculadas pela mídia, por exemplo, exercem influência sobre as representações sociais do corpo (Berger, 2008).

As imagens midiáticas do corpo feminino, por exemplo, ao serem propagadas de forma estereotipada pelos meios de comunicação formal e informal estabelecem uma padronização corporal que ratificam o culto ao corpo, ao mesmo tempo em que denunciam um problema no campo da saúde, haja vista que muitas mulheres são interpeladas pela impossibilidade de não alcançar o corpo desejado (Blood, 2005; Hirata & Pilati, 2010; Kim & Lennon, 2007; Secchi, Camargo & Bertoldo, 2009).

Na tentativa de ajustar socialmente a imagem do corpo adoecido, assimétrico, com manchas e/ou cicatrizes, o discurso midiático concomitante ao discurso médico apresenta modalidades de interdições que incidem sobre o corpo (Cameron, 2010; Martins & Borges, 2012). Neste contexto, a estranheza provocada pelas ausências, excessos ou mesmo pelas manchas e cicatrizes fica estigmatizada, uma vez que é considerada desviante da modelagem padrão estabelecida pela cultura e pela ciência.

Neste sentido, o discurso médico e o discurso midiático imbuídos de um poder disciplinador e controlador negligenciam a opressão e a marginalização produzida nas interlocuções sociais (Martins & Borges, 2012). Por conseguinte, o estigma social aumenta de acordo com o grau de visibilidade da deficiência corporal, ressalta-se que “a ideia de deficiência é frequentemente relacionada a limitações naquilo que se considera como habilidades básicas para a vida social” (Bampi, Guilhem & Alves, 2010, p.816).

No tocante a visibilidade da deficiência, pensa-se que a assistência à saúde e o apoio social e familiar estão assegurados pelo desvio corporal provocado pelas sequelas oriundas do tratamento cirúrgico ou medicamentoso. Porém, Davis (2005) lembra que quanto menos visível for à aparência das limitações, como por exemplo, nas doenças de fibromialgia, traumatismo crânio encefálico ou nas dores crônicas, torna-se mais difícil garantir a assistência à saúde e o apoio social necessário, embora seja um direito garantido pelo artigo 6º da Constituição Federal Brasileira de 1988.

Em se tratando das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, afirma-se que na maioria dos casos além de buscar recursos terapêuticos que assegurem a manutenção da vida, estas mulheres são direcionadas a outros encargos como rotinas rígidas quanto à prescrição médica, alimentação diferenciada, desligamento das atividades laborais, em alguns casos, o que lhes restringem aos afazeres domésticos (Aureliano, 2009). O afastamento das atividades cotidianas por conta da situação de adoecimento ou mesmo da fase de recuperação/reabilitação requer a configuração de um novo papel social.

Vários autores concordam que não apenas entre os familiares, mas em toda a organização social essas mulheres são percebidas como integrantes de uma nova categoria, a de doente, e por essa razão são classificadas em um novo patamar de igualdade entre cidadãos (Aureliano, 2007b; Maciel & Sá-Serafim, 2013). Por isso, Souza e Fontana (2013) enfatizam que as redes de apoio são fundamentais para

amenizar o sofrimento e promover o direito à cidadania, sob esse aspecto essas autoras afirmam que o cuidado ofertado aos portadores de doenças graves deve transcender os muros hospitalares e atravessar os lugares sociais de pertencimento.

Mesmo diante dessas prerrogativas e ciente principalmente do princípio de justiça social que assegura a assistência à saúde de forma integral, livre de preconceito e de qualquer privilégio, no cotidiano das práticas sociais, a categoria de mulheres afetadas pelo câncer de mama e que precisam realizar mastectomia sofre com o preconceito (Aureliano, 2009; Ferreira & Mamede, 2003). Por essa razão, Aureliano (2007a) afirma que muitas mulheres ainda que com medo do processo cirúrgico, optam pela reconstrução imediata da mama, com o objetivo de reconhecer novamente sua feminilidade e justificar sua pertença grupal no lugar da normalidade. Segundo Maciel e Sá-Serafim (2013, p. 495) a perda da mama acarreta uma “cisão na subjetividade do ser mulher”, ou seja, a referência da identidade feminina fica comprometida com a mastectomia, uma vez que acarretar “alterações na resposta sexual feminina”.

Em face dessas elucidações, faz-se necessário esclarecer que os estereótipos de conotação preconceituosa interpelam os atores sociais, que por algum motivo não se enquadram nos padrões impostos pela cultura e ratificados pela ciência, a reeditarem esse corpo, seja no plano simbólico, físico ou social (Castro, 2011). Através do processo de estigmatização se tornam públicas as condições de vulnerabilidade e desigualdade social dos corpos desviantes ou deficientes.

Neste direcionamento, pensa-se que o corpo configura-se como “expressão da sociedade e dos modos de vida cotidianos, ou seja, dos hábitos sobre ele adotados e dos padrões que definem sua normalidade e aceitação são a representação da organização social na qual está inserido” Castro (2011, p. 14). Neste contexto, os sistemas de representação elaborados pela sociedade enquanto entidade provida de sentido e

significação atua como grade de leitura que se estende sobre o mundo, capaz de classificá-lo, codificá-lo e transformar suas dimensões sensíveis em dimensões inteligíveis (Oliveira, 2011; Rodrigues, 2006).

Ao considerar que no cotidiano das práticas sociais os sistemas de representação funcionam como sistemas de classificação social, afirma-se que o surgimento de doenças agudas ou crônicas além de poder influenciar e/ou alterar o curso da história da pessoa acometida e dos outros ao seu redor, também é capaz de interpelar um novo conceito de corpo que irá culminar na reedição da representação social da imagem corporal de um indivíduo, de tal modo que pode acarretar prejuízo na percepção de si e do outro, além de interferir no funcionamento sexual, familiar e laboral.

O fato é que não só no contexto pós-mastectomia, mas no campo da saúde de modo geral, a construção do conhecimento sobre o corpo depende da capacidade que cada pessoa tem para pensar, avaliar, representar e significar as coisas ao seu redor. Diante dessas premissas, pesquisar as representações sociais do corpo no contexto da mastectomia permite apreender a dimensão simbólica da imagem corporal elaborada pelas mulheres que foram atravessadas pelo câncer de mama e pela indicação cirúrgica que prevê a retirada da mama para extirpar o(s) nódulo(s) maligno(s).

O processo de construção simbólica demanda um processo cognitivo e afetivo articulado com a dimensão histórica, cultural, valorativa e atitudinal (Moscovici, 2007). A partir das interlocuções sociais das participantes desta pesquisa, espera-se identificar como o impacto gerado pelo diagnóstico de câncer de mama, pela mastectomia e pelo uso ou não uso da prótese mamária, incide sob a justificativa de pertença grupal, na medida em que são reelaboradas comunicações e condutas diante de si e dos outros.

Ao considerar as elucidações descritas anteriormente se justifica o corpo como objeto de estudo desta tese, pois ao ser atravessado pelo tecido social e substrato

cultural de cada época histórica o corpo deixa de ser alvo de especulação apenas da fisiologia, anatomia e neurologia, e passa a ser marcado pela cultura e pelo social (Foucault, 2002). Neste sentido, sob a luz da Psicologia Social e a égide da TRS, o conhecimento sobre o corpo é reeditado, na medida em que o saber comum é submergido pelo saber científico e vice-versa. Ou seja, a representação do corpo ora ancora-se num saber hegemônico (universal e uniforme) e ora ancora-se num saber comum.

Diante dessa contextualização, considera-se relevante o uso da TRS para estudar o corpo no contexto da mastectomia, uma vez que através deste aporte teórico é possível acessar elementos figurativos impregnados de signos e símbolos sociais associados ao corpo (Silva, et.al., 2010). De acordo com um estudo sobre a representação do corpo após a mastectomia, realizado por Ferreira e Mamede (2003) com dez mulheres mastectomizadas do estado de São Paulo, percebe-se a recorrência da representação de um corpo mutilado, o sentimento de impotência, dor e limitação, assim como a percepção de que o corpo necessita de cuidados.

Neste direcionamento, compreende-se que as conexões significativas construídas em torno do corpo mastectomizado, refletem uma indissociabilidade entre o diagnóstico de câncer de mama, e a experiência social e subjetiva de deparar-se com um corpo cuja imagem corporal fora alterada pela retirada da(s) mama(s). Em face desse entendimento, afirma-se que é através das interações sociais e intersubjetivas que “os indivíduos desenvolvem determinadas experiências, estabelecem campos de significação e adquirem um senso de sua própria identidade” (Hita, 1998, p. 179).

Portanto, considera-se relevante os estudos sobre a RS da imagem corporal ou mesmo do corpo (Gomes, Skaba, & Vieira, 2002; Jodelet, 1984; Vieira, Lopes & Shimo, 2007), uma vez que essas representações são um conjunto de conceitos,

afirmações e explicações originadas em meio às interlocuções sociais (Moscovici, 2007). Visto que, por meio da elaboração cognitiva e afetiva experimentadas no lugar da pertença grupal é possível acessar a dimensão simbólica do substrato subjetivo, social e cultural que significa e produz sentido acerca do corpo da mulher que se submete a mastectomia.

A produção de subjetividades, no plano inter-relacional possibilita acessar o caráter social da dimensão individual, de tal modo que o ato de representar o corpo no cotidiano das práticas sociais a partir da experiência com o próprio corpo, da relação que se estabelece consigo mesmo e com o(s) outro(s) refere-se a uma construção dinâmica, simbólica e intercambiável que tenta conferir o corpo como espaço de inscrição de signos. No entanto, cabe esclarecer que não é possível reduzir o corpo a este ou aquele signo, mas um correspondente de unidade de sentidos e significações (Bartolo, 2007; Rey, 2006; Rodrigues, 2006).

Com a finalidade de ampliar os diálogos no campo da psicologia e da oncologia, no que diz respeito, a produção social de saúde, pretende-se, ao final desta tese construir novos saberes sobre o corpo da mulher que necessitou se submeter a mastectomia (uni/bilateral) em decorrência do câncer de mama. Ainda espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar a elaboração de estratégias de cuidado que possam contribuir para uma atenção integral à saúde desse grupo social para, além disso, também, preconiza-se desenvolver práticas extensionistas que fomente o protagonismo social e autonomia dessas mulheres diante de si e dos outros.

Para tanto, teve os seguintes objetivos:

Objetivo geral: apreender as representações sociais do corpo elaboradas pelas mulheres submetidas à mastectomia (uni/bilateral) em decorrência do câncer de mama.

Objetivos Específicos:

1. Descrever o perfil biosociodemográfico das participantes deste estudo;
2. Descrever os elementos figurativos associados às representações sociais do corpo mastectomizado;
3. Identificar as objetivações e ancoragens associadas à expressão corpo mastectomizado;
4. Analisar a dimensão imagética das representações sociais do corpo mastectomizado;
5. Analisar a dimensão verbal das representações sociais do corpo mastectomizado elaboradas por mulheres que se submeteram a mastectomia em decorrência do câncer de mama.

Capítulo II

NOTAS SOBRE A DIMENSÃO REPRESENTACIONAL DO CORPO AO LONGO DA HISTÓRIA

Antes de tecer considerações acerca das concepções de corpo para cada época histórica, há de se considerar que existem várias perspectivas teóricas interessadas no corpo como objeto de estudo. Portanto, cabe registrar que esta tese sustenta-se no paradigma fenomenológico que dá suporte a TRS para pensar o corpo a luz da Psicologia Social. Neste sentido, recorre-se a abordagem original proposta por Moscovici para se compreender como o enunciado corpo é representado ao longo da história, desde os tempos mais remotos até a contemporaneidade ocidental.

2.1 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: RESSONÂNCIAS DO SABER COMUM

Com base numa perspectiva psicossociológica afirma-se que o ato de representar configura-se como elemento cognitivo e simbólico que envolve afetividade, memória, sensopercepção, pensamento e linguagem (Jodelet, 2009; Moscovici, 2007). Ao se deparar com algo desconhecido os atores sociais são convocados a evocar experiências subjetivas e conhecimentos já adquiridos, ou mesmo instituídos por normas culturais, na tentativa de transformar o estranho em familiar (Moscovici, 2011).

Ao representar o que é considerado desconhecido/estranho, Moscovici (2011) afirma que o sujeito recorre as suas filiações ideológicas e ao contexto social em que está inserido seu discurso concomitantemente aciona de forma cognitiva e afetiva, imagens ou conceitos, difundidos (opiniões) e veiculados por meio da propaganda (estereótipos) ou propagação (atitudes). Neste direcionamento, as RS são interpretadas como fenômeno dinâmico, complexo e transversal (Jodelet, 2001, 2009). E, contribuem "exclusivamente para os processos de formação de condutas e de orientação das comunicações sociais" (Moscovici, 1978, p.77)

No contexto da Psicologia Social as RS se encontram na passarela do psicológico e do social, referem-se ao modo como se apreendem os eventos cotidianos por meio das experiências subjetivas, das informações veiculadas pelas comunicações formais e informais, midiáticas ou não e, das interações com as pessoas que nos cercam direta ou indiretamente. Segundo Jodelet (2001) essas representações ressoam o conhecimento do senso comum, socialmente elaborado e partilhado como uma forma de saber prático que concorre para construção social de nossa realidade.

Já de acordo com Jovchelovitch (2008) as RS se referem à maneira de o indivíduo pensar e interpretar o cotidiano a partir de um conjunto de imagens/conceitos, que permite conferir sentido as interpretações de suas experiências subjetivas e intersubjetivas, seu modo de ser, sentir, pensar e agir. Neste sentido, dois processos formadores são responsáveis pela origem das representações sociais, a saber: objetivação e ancoragem (Abric, 2001; Doise, 1993; Jodelet, 2001; Moscovici, 2007).

Através da objetivação ao se reproduzir um conceito ou uma imagem concreta, de forma verbal ou não, confere-se materialidade a um objeto abstrato. Já no que diz respeito à ancoragem, pode-se afirmar que os conhecimentos anteriormente instituídos subsidiam o processo classificatório das objetivações conferidas ao objeto social (Moscovici, 2011). Em face dessas premissas Jodelet (2009) confirma que as representações não são formadas num vácuo social, ou seja, há sempre um sistema de representação antigo, algo já pensado, latente ou manifesto, que em contato com outros sistemas de pensamento sofre seus efeitos mudando seu conteúdo e suas percepções.

Dessa forma, entende-se que as RS envolvem tanto o sujeito da representação, quanto o objeto representacional e o lugar social de pertencimento grupal (Almeida, Santos & Trindade, 2011). Por conseguinte, considera-se que o estudo das representações sociais consiste na análise dos processos pelos quais os indivíduos, em

interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais, o que tornam viável a comunicação social e a organização dos comportamentos. Assim entendidas, as RS "alimentam-se não só das teorias científicas, mas também dos grandes eixos culturais, das ideologias formalizadas, das experiências e das comunicações cotidianas" (Vala, 1993, p. 354).

Sob a égide da TRS a historicidade e a iconicidade do corpo emergem articuladas aos padrões culturais, hábitos linguísticos e sócio-cognitivos que circundam sujeito e sociedade. As representações ao serem forjadas no social e reelaboradas pelo indivíduo constituem-se como a "teoria do senso comum" (Moscovici, 1978, p. 181). Deste modo, ressoam modalidades de conhecimento individual compartilhada num espaço coletivo através da interação com o(s) outro(s), ao mesmo momento em que esta interação se dá (Jovchelovitch, 2008; Moscovici, 2011).

Em face dessas considerações, Camargo, Goetz, Bousfield e Justo (2011, p.258) reportam-se a um trabalho sobre as RS do corpo desenvolvido por Jodelet, Ohana Bessis-Moñino e Dannenmüller em 1982, para alegar que "as representações sociais assumem um papel importante na elaboração de maneiras coletivas de ver e viver o corpo, difundindo assim modelos de pensamento e de comportamento relacionados ao corpo". Desta forma, torna-se possível pensar que os conhecimentos associados ao corpo desvelam relações de poder, alteridades e identidades objetivadas nas transformações socioculturais, políticas e econômicas em cada período histórico.

Segundo Rodrigues (2006), o estudo das representações sociais relacionadas ao corpo possibilita entender a estrutura de uma sociedade a partir das características (morais, intelectuais ou físicas) que ela privilegia. Portanto, também, é possível entender a dinamicidade do papel que a representação social do corpo exerce em determinada sociedade e em determinado período histórico (Maroun & Vieira, 2008).

2.2 A DIMENSÃO REPRESENTACIONAL DO CORPO PRIMITIVO AO CORPO CONTEMPORÂNEO

“En cada periodo de la historia se ha mantenido un ideal de corporalidad femenina caracterizado con unos rasgos estéticos y físicos vigentes en esa época que han llegado incluso a ser considerados como los arquetipos de belleza del momento.” (Soloaga, Froufe & Muñiz, 2010, p.248)

No que diz respeito ao *corpo* como objeto de estudo das representações sociais, pode-se considerar que o saber universal coloca-se a serviço da ciência, dessa forma pautado na fisiologia e anatomia, na finalidade de descrever e estabelecer leis de funcionamento corporal, ao mesmo tempo em que objetiva o corpo como entidade orgânica a partir da normalização dos modos de funcionamento corporal, delimitados arbitrariamente (Jullien, 2009). O saber uniforme coloca-se a serviço de uma cultura que tenta através de códigos sociais normativos, estabelecer estereótipos e padronizar as formas corporais a partir de uma ordem moral que institui um padrão estético e desconsidera o que é diferente.

Já o saber comum coloca-se a serviço do lugar da partilha – senso comum, que recorre ao uso da linguagem, da comunicação e do pensamento social para expressar a polissemia de experiências, conceitos e significados atrelados ao corpo, na medida em que o evoca enquanto estrutura simbólica (Jullien, 2009). O saber comum faz eclodir o que há de singular e consensual na medida em que a partilha de saberes e fazeres considera a diversidade cultural de cada época histórica (Moscovici, 2011).

A partir dessas considerações compreende-se inicialmente que o “corpo é construído historicamente” (Cavalcanti, 2005, p. 53) a partir de cada época/contexto. Ao longo da história da humanidade as formas de pensamento social vinculadas às modalidades de comunicação funcionam como codificadores de sentido e significados

produtores da história corporal (Rosário, 2006). Neste sentido, o corpo apresenta-se como signo cultural, impregnado de códigos normativos que deliberam sobre as comunicações e as condutas atreladas ao uso do corpo enquanto uma estrutura simbólica capaz de mediar às relações sociais e intersubjetivas.

Na tentativa de compreender como o corpo era representado pelos povos primitivos, faz-se necessário lembrar que os povos dessa época dependiam do que a natureza podia lhes oferecer, necessitando assim deslocar-se constantemente de um lugar a outro. Por essa razão, deixavam para trás aqueles que por algum motivo apresentassem a incapacidade de se moverem com agilidade de um lugar para outro, e também, deixavam para trás aqueles que por alguma alteração física tivessem alguma diferença (Bianchetti & Freire, 2006).

Com relação à imagem da forma física do corpo humano, pode-se dizer que no contexto da sociedade primitiva, a estética do corpo estava associada à simetria e virilidade instituída pelo exercício de poder estabelecido nas relações interpessoais e intergrupais de subordinação e dominação (Pelegrini, 2006). Nesse contexto, além do corpo emergir objetivado como estrutura simbólica de mediação das relações sociais, apresenta-se cristalizado como instrumento de sobrevivência, procriação e fonte de alimento, concomitantemente ancorava-se sob o domínio da natureza, na medida em que a participação corporal ocupava a base da organização social.

Entre os povos primitivos, no campo de batalha cabia ao homem o domínio de atributos corporais necessários às atividades que tinham como objetivo a coleta de alimentos, a caça, a pesca e a luta pela sobrevivência. Já à mulher cabia o exercício da sexualidade com fins de reprodução humana, o cuidado da sua prole e o preparo dos alimentos. A habilidade de prover alimento para família, procriar e gerar novas vidas enquadrou o corpo da mulher no lugar da divindade, ao mesmo tempo em que forjou a

formação da identidade social e o reconhecimento da pertença grupal da mulher como mãe e provedora do lar (Corbin, Courtine & Vigarello, 2008a).

Ao considerar a realidade social da pré-história, nota-se que o lugar de divindade ocupado pela figura da mulher primitiva na organização social, emerge ancorado a partir de uma ordem moral e objetivado nas estatuetas, pinturas e objetos. Compreende-se que as representações do corpo primitivo tecidas no contexto pré-histórico ancoram-se nas leis da natureza, ao tempo que revelam diferenças entre as funções corporais e sociais de homens e mulheres objetivadas nas relações de poder presentes na estrutura social desse substrato cultural.

Para compreender a concepção de corpo no período histórico denominado Antiguidade Clássica (século VIII – século V a. C.) há de se considerar o contexto sócio histórico da cultura greco-romana (Teixeira-Filho, 2005). Vale ressaltar que este período histórico sofreu transformações na estrutura social que instauraram uma nova ordem sobre o corpo (Pelegriani, 2006). Vários estudiosos contam que nesta época as formas de se perceber o corpo, além de ser objetivada nos conceitos de beleza e saúde, emergiam atreladas a práticas de esportes e ao exercício da sexualidade, na medida em que eram influenciadas por conhecimentos mítico-religiosos e filosóficos (Barbosa, Matos, & Costa, 2011; Corbin, Courtine & Vigarello, 2008a; Miranda, 2011).

Nestes termos, há de se registrar que o pensamento grego, na Antiguidade Clássica aparece materializado nos poemas épicos *Ilíada* e *Odisseia* de Homero (século VIII a. C.). No primeiro a Guerra de Tróia (1300 a.C. e 1200 a.C.) e suas consequências encenam como tema principal, enquanto que em *Odisseia* encena de forma parcial um poema épico sequencial a *Ilíada*. Esse segundo poema homérico desvela o retorno de Odisseu a sua terra natal após o fim da Guerra de Tróia. Situados os elementos centrais

de cada poema, cabe agora esclarecer como o tema corpo emerge como coadjuvante nessas obras.

Neste sentido, lendários ou não, esses poemas, revelam que a cultura homérica ancorada numa perspectiva mítico-religiosa enquanto saber hegemônico não dispunha de uma lógica filosófica que permitisse definir o corpo como um dos elementos constitutivos do homem. Homero em seus poemas deixava claro que ao homem não era permitido o controle de si mesmo, apenas aos deuses eram delegadas as responsabilidades de seus atos (Teixeira-Filho, 2005).

Para além dessa consideração, faz-se necessário notar que nos poemas épicos de Homero, o conhecimento sobre o corpo também emerge associado aos conceitos de saúde e enfermidade. Como na época Clássica da Antiguidade, a pensamento mitológico prevalecia, a noção de corpo saudável associava-se a ideia de simetria entre as partes do corpo, enquanto se acreditava que elementos naturais e sobrenaturais, relacionados aos fatores externos, como o ambiente físico, o clima, os astros e animais eram responsáveis pelo adoecimento do corpo (Backes et al., 2010, p. 734).

A partir dessas elucidações nota-se que o corpo era objetivado como uma estrutura simbólica a serviço de um governo politeísta. Neste direcionamento, Castro e Landeira-Fernandez (2011) ao realizarem uma pesquisa sobre *Alma e corpo na Antiga Civilização Grega* afirmam que os conhecimentos sobre o corpo eram ancorados na mitologia e teologia grega, na medida em que a imagem do corpo humano figurava objetivada num aglomerado de membros, representados pelo ritmo dos seus movimentos, bem como pela força de sua musculatura.

Entende-se que por essa razão, os gregos praticavam atividades físicas como ginástica, dança, jogos e lutas (Garrini, 2007). Ainda, cabe registrar que nessa época, o

valor dado ao corpo encontrava-se na capacidade atlética do homem, associada à condição de saudável e capacidade de fertilizar (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Com base no estudo de Pelegrini (2006, p. 02) sobre os significados corporais construídos pelas sociedades ocidentais, pensa-se que as civilizações greco-romanas instituíam competições esportivas como meio da celebração das qualidades corporais, onde o “êxito nos torneios esportivos exercia um enorme fascínio social, chegando a determinar o resultado de guerras e disputas territoriais”. Ainda neste contexto histórico, a imagem idealizada do corpo perfeito, “corresponderia ao conceito de cidadão, que deveria realizá-la, modelando e produzindo o seu corpo a partir de exercícios e meditações” (Barbosa, Matos, & Costa, 2011, p.25).

Ao avançar no tempo, pode-se considerar que até os primeiros conhecimentos filosóficos emergirem no cenário das civilizações greco-romanas, a noção de corpo saudável atrelado ao conceito de beleza figurava um corpo vigoroso que já apresentava certo delineamento anatômico, ao mesmo tempo em que se desvelavam de modo arcaico os valores da tradição religiosa aristocrática. Neste sentido, ao se remeter ao enunciado *beleza* até o século VI a.C. falava-se de um conceito subjetivo e abstrato.

Só com o advento pré-socrático a noção de beleza ganhou uma compreensão lógica (Riscado, 2009). Desde então é seguro afirmar que a imagem do corpo grego referencia os padrões normativos de beleza e estética em toda a história ocidental da humanidade. Neste direcionamento, os registros históricos apontam para o filósofo grego Pitágoras de Samos (570-495 a.C.) como o responsável por aplicar conhecimentos sobre a matemática ao conceito de beleza, esse filósofo preconizou que um corpo e um rosto belo deveriam ser simétricos e proporcionais (Bonumá, 2009).

A concepção de corpo elaborada com base nos conhecimentos pitagóricos serviu de referência para pintores e escultores, que passaram a perseguir esses ideais. Desse

modo, na *polis* da Antiga Grécia os artistas através de suas estatuetas materializavam o pensamento social e o substrato cultural que cultuava o corpo nas formas simétricas e idealizadas de beleza dos deuses e deusas que eles adoravam.

Assim sendo, artístico clássico substituiu o arcaico caracterizado por imagens geométricas e pouco naturalistas. Com o advento de uma sociedade ancorada na lógica filosófica, os artistas foram convocados colocarem-se a serviço de uma política democrática que se preocupava em compreender a relação entre o homem e o universo (Arent, 2010). Sob este aspecto, estudiosos corroboram entre si quando afirmam que a imagem do corpo esculpida nas estatuetas não podia ser desprendida da figura humana, de modo que a beleza estava na proporção, na simetria, no equilíbrio e na ordem (Barbosa, Matos & Costa, 2011; Castro & Landeira-Fernandez, 2011; Miranda, 2011).

Considerado expoente da civilização ocidental o povo grego, ancorava-se no saber mítico-religioso ao supervalorizar a imagem do corpo humano esculpida em mármore, representava a ideia de corpo saudável objetivado nos elementos figurativos de virilidade, ideal de beleza estética, simetria corporal, ausência de manchas, excessos e marcas corporais. De acordo com Castor e Landeira-Fernandez (2011, p.799) essa cultura é “um marco na fundação do pensamento ocidental”.

Cabe esclarecer que nesta época a imagem corporal esculpida nas estatuetas retratavam corpos nus masculinos, concomitantemente representavam virilidade e vigor dos corpos atléticos. A esse respeito faz-se necessário registrar que a noção de corpo belo e perfeito excluía as mulheres (Gama & Gama, 2009). De acordo com Bessa (2007) muitas civilizações durante séculos acreditaram que, por fatores biológicos, a constituição do corpo feminino era considerada frágil.

Neste contexto a mulher não era considerada cidadã, nem era reconhecida como atleta, ela não tinha acesso ao conhecimento, a ela só cabia procriar, “cuidar do lar, do

bem-estar do esposo, dos filhos” (Teixeira-Filho, 2005, p. 144), quando tinha que sair às ruas seu corpo deveria ser coberto (Tucherman, 2004). Esse tipo de pensamento alimentava a representação da mulher como figura passiva (Gama & Gama, 2009).

Diante dessas elucidações, compreende-se que por não ser reconhecida como cidadã à mulher apenas cabia obedecer e cumprir tarefas degradantes. E, que a permissividade das normas sociais, na medida em que reconhecia os homens livres como cidadãos possibilitavam-lhes a bigamia e a homossexualidade como práticas naturais, enquanto excluía mulheres e escravos (Rosário, 2006).

Ao homem cabia o lugar de dominação através do uso da força e da experimentação dos prazeres da carne, antes de ser considerado chefe de família, neste contexto, o homem aparece como cidadão, monopolizado pela vida pública. Nesta realidade à mulher cabia o lugar de subordinação aos homens (pais e maridos) por meio do exercício da obediência e da fidelidade, o objetivo fundamental do casamento e da sexualidade para a mulher era a procriação (Barbosa, Matos & Costa, 2001).

Ao considerar a moral machista e patriarcal inerente ao contexto sociocultural da clássica Grécia Antiga, pensa-se que só aquelas mulheres que se localizavam no lugar da contraversão moral dessa sociedade podiam usar o corpo a serviço da sexualidade que tinha como finalidade a obtenção de prazer. Sob esse aspecto, pode-se dizer que a civilização grega não dispunha de uma moral socialmente organizada e rígida a ponto de deliberar um padrão de comportamento sobre o uso do corpo e dos prazeres, todavia eram instituídas normas de boa conduta para evitar excessos/falta de controle sobre si mesmo (Barbosa, Matos & Costa, 2011; Rosário, 2006).

Além de expressar preocupação com a simetria do corpo, o povo grego era voltado para o intelecto e a contemplação das formas estéticas objetivadas na perfeição do corpo, dessa forma as pessoas que apresentavam alguma espécie de deficiência ou

deformidade eram postas à margem da sociedade. As anomalias físicas, mentais e comportamentais eram vistas sob o aspecto místico, e explicadas como consequentes de forças demoníacas ou como forma de pagamento por pecados cometidos por seus ancestrais (Bianchetti & Freire, 2006; Scliar, 2007).

Neste contexto histórico, ao ancorar-se numa perspectiva mítico-religiosa era possível objetivar os desvios do corpo e da alma, não necessariamente a partir da ação de demônios ou de maus espíritos, mas também como um sinal da cólera divina, diante dos pecados humanos. Assim sendo, Scliar (2007, p. 30) conta que para o povo dessa época, a enfermidade inscrita no corpo humano dava visibilidade ao pecado e para explicar seu pensamento, recorre ao exemplo da lepra (hoje hanseníase) como doença contagiosa que sugere do contato entre corpos humanos, contato esse de natureza muitas vezes sexual, ou seja, contato que pode ter evidentes conotações pecaminosas, uma vez que “as relações sociais eram constituídas e consolidadas pelo corpo” (Gonçalves, 1994, p.18).

Desde então, não só a lepra, mas todas as doenças que afetavam o corpo eram tidas como um castigo/pecado, ou mesmo um sinal de impureza, por exemplo, a lepra era considerada evidência de pecado, que se traduzia tanto na corrupção da carne como na do espírito – não raro, era vista como expressão de um castigo divino (Ceccarelli, 2011). Desde a Antiguidade, a Sagrada Escritura – A Bíblia apresenta Deus como onisciente e onipotente capaz de curar toda enfermidade através de um poder sobrenatural. Sobre isso no Antigo Testamento pode-se lê em Êxodo (15:26) “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago”.

Face às elucidações anteriormente descritas, pode-se observar que a perspectiva mítico-religiosa era hegemônica para se compreender o corpo, de modo que só após o final do século VI a.C. é que a Filosofia passa a emergir como as primeiras fontes de

especulação científica. Assim sendo, a preocupação dos filósofos pré-socráticos era emitir explicações racionais para o mundo e seus fenômenos sem ter que recorrer aos mitos e à religião.

Em oposição a experiência poética de Homero, Platão (428-347 a.C.), ancora-se no dualismo psicofísico que compreende mente e corpo como entidades separadas, para considerar o corpo como sendo um entrave para a alma se desenvolver, ao mesmo tempo em que apresenta o corpo como sendo uma dimensão inferior que coloca-se em oposição à alma. O sentido platônico dado ao corpo faz eclodir a ideia de um corpo aprisionador da alma (Ceccarelli, 2011; Pagni & Silva, 2007), haja vista que para Platão a alma por expiação de culpa é que se degrada ao corpo (Scliar, 2007). Assim, começa a se sedimentar os pressupostos do que se chamaria de teologia cristã.

Já Aristóteles (384-322 a.C.), mesmo sendo considerado um dualista como Sócrates e Platão, apresenta outra forma de se perceber o corpo. Na concepção aristotélica, corpo e alma não se constituem entidades fragmentadas, pelo contrário, a alma dá forma e movimento ao corpo. Assim, o que diferencia um corpo de outro são os seus atributos físicos. Por exemplo: um homem pode ser alto, gordo, negro e outro pode ser baixo, magro, branco, pardo ou amarelo.

Os estudiosos contam que a civilização grega não se limitou a contemplar os aspectos relacionados à simetria do corpo para, além disso, a organização social do povo grego instituiu as formas de uso do corpo (Barbosa, Matos, & Costa, 2011; Porter & Vigarello 2008). Face às elucidações percebe-se que na *polis* grega o corpo era objetivado como um espaço político privilegiado para o exercício do poder e do controle social. É possível pensar que as representações do corpo no contexto da Antiguidade, carregam uma carga ideológica que retrata relações de poder, formas de segregação e controle social.

Ao partir de uma lógica filosófica, Hipócrates (século V a.C.) considerado pai da medicina, filósofo grego, idealiza um modelo ético e humanista da prática médica e torna-se líder da Escola de Cós, concomitantemente, coloca-se em oposição ao saber instituído culturalmente pela mitologia grega, e apoiado num saber universalizante cunha a teoria dos quatro humores baseada no equilíbrio dos fluidos corporais – o sangue, a bÍlis amarela, a fleuma e a bÍlis negra. A teoria hipocrática representava o corpo doente como um corpo que apresentava acúmulo ou falta de humores, considerada hegemônica para explicar o funcionamento do corpo humano (Castor & Landeira-Fernandez, 2011; Miranda, 2011; Porter & Vigarello 2008).

Face ao exposto pode-se considerar que a noção de corpo ancorada na lógica da filosofia grega e objetivada na imagem de um corpo simétrico, sem marcas/excessos, belo/erótico e viril se perpetuou ao longo dos séculos, e serviu de subsídio para se instaurar o que Foucault vai chamar de *cultura de si*. Na Antiguidade, só era possível cuidar de si a partir do cumprimento de regras e condutas que se apresentavam enquanto prescrições, divinas, para o sujeito. A esse respeito ainda é possível registrar que entre gregos e romanos a representação do corpo atrelada à organização social e ao exercício de poder que manipulava o uso social e político do corpo emergia associada a temas que potencializavam as questões místicas e religiosas.

Numa perspectiva histórica, considera-se que a noção de corpo no contexto da Idade Média, corresponde à dinâmica das interações entre corpo e sociedade, na medida em que, o próprio corpo se solidifica como instrumento de consolidação das relações sociais. Neste sentido, cabe lembrar que a cultura ocidental da sociedade medieval, sofreu influencias significativas da ordem judaico-cristã, embora seja reducionista afirmar que a concepção medieval de corpo se resume a palavra da Igreja, não obstante

pode-se afirmar que o saber religioso subsidia o entendimento do corpo neste cenário (Ceccarelli, 2011; Gélis, 2008; Siqueira, 2011).

Antes de tecer considerações a respeito da forma como o corpo era percebido e representado pelo povo medieval, há de se registrar que a Igreja católica ao exercer influência significativa em diversos setores da organização sociopolítica e econômica da época vigente, torna-se instrumento de unificação social, diante da fragmentação política do sistema feudal (Pelegrini, 2006). Logo, considera-se que a sociedade ocidental medieval foi governada de forma soberana pela Igreja católica uma das principais instituições deste período histórico.

Sendo assim, admite-se que ao fazer apologia ao antropomorfismo e ao transformar o corpo humano em expressão do poder de Deus, a Igreja católica regulamentava as formas de pensar, sentir e agir no mundo medieval. De tal modo que, até o surgimento de novas religiões, os valores morais fomentados pelo Cristianismo passavam a disciplinar as comunicações e condutas veiculadas entre o povo cristão (Gélis, 2008; Siqueira, 2011; Teixeira-Filho, 2005).

Neste direcionamento, pode-se dizer que com o advento do Cristianismo o corpo ganha nova roupagem cognitiva, ou seja, é reeditado em meio às práticas e interlocuções sociais regidas pelo ideal moralista da teologia cristã. O conhecimento sobre o corpo humano é reestruturado a partir dos conceitos e das práticas corporais vigentes na sociedade em que se acreditava que Deus havia criado o homem e a mulher à sua imagem e semelhança (Roiz, 2009).

Vale ressaltar ainda, que “o Cristianismo é a única religião na qual Deus se inscreveu na história tomando forma humana” (Gélis, 2008, p.23). Foi com base nessa soberana afirmativa que eclodiu, entre os seguidores do Cristianismo, a noção de corpo associada a “imagem e semelhança de Deus” (Siqueira, 2011, p.49).

Essa é uma representação coletiva que se perpetua de geração a geração, entre católicos e protestantes, e que alimenta a ideia de um corpo pecador fruto da desordem e do desequilíbrio, concomitantemente a ideia de um corpo que pode ser eternizado e sacralizado, já que segundo Lutero (1992, p. 196) o ser humano está sujeito a forças espirituais diabólicas e por essa razão é considerado “pecador perante Deus”, embora possa ser salvo pela “graça do Espírito Santo de Deus”. Esse autor ainda lembra que esses conceitos relacionados ao corpo humano são ratificados pela Sagrada Escritura.

A forma como o corpo era apreendido pela sociedade medieval ancorava-se numa perspectiva moralista objetivada numa postura dogmática com valores rígidos e crenças cristalizadas pelo tempo. Destaca-se ainda, no contexto da fé e devoção, que o corpo humano associado ao corpo santo do Cristo Jesus – o Messias, assumia o lugar da experiência religiosa nos termos estabelecidos pela doutrina cristã (Gélis, 2008).

Metaforicamente, compreende-se que sob o domínio da cultura que marcou o imaginário cristão, homens e mulheres precisavam morrer na carne e renascer em Espírito (Siqueira, 2011). De acordo com as Sagradas Escrituras o enunciado carne refere-se ao corpo humano e a degradação da natureza humana (Lutero, 1992).

Ainda convém lembrar que esse enunciado é usado em demasia nas cartas escritas pelo apóstolo Paulo aos Romanos e aos Gálatas. O referido apóstolo ao escrever aos Romanos (8:13) faz um alerta aos cristãos e diz que “(...) se viverdes segundo a carne, haveis de morrer, mas se pelo Espírito mortificardes as obras do corpo, vivereis”.

Entretanto, sob a égide de uma perspectiva histórica, Gélis (2008, p. 19-20) ao escrever sobre *O Corpo, O Sagrado, e a Igreja* afirma que “a voz da Igreja jamais foi unânime ao falar do corpo”. Esse autor ainda considera que “um pensamento ambíguo atravessava o discurso cristão sobre o corpo, e as imagens que ele suscita”.

Com base nessa premissa, é possível compreender que entre os cristãos as representações sociais do corpo, objetivadas nos enunciados ‘santo’ e ‘profano’ emergem enquanto *themata*, fazendo alusão a um corpo imaginário e outro real, construído socialmente a partir de um sistema de crenças e valores arraigados pela tradição hegemônica da teologia cristã. Entendido isto, observa-se que a luz da teologia cristã a imagem do corpo figura como um lugar de tentação que se coloca a serviço de forças diabólicas, configurando-se como fonte pecaminosa, de culpa e vergonha, devendo por isso ser domesticado e sacrificado para então eclodir objetivado como lugar de santidade, templo do Espírito Santo (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Entretanto, para desvelar-se como corpo purificado e santo, esse corpo fonte de pecado deveria ser mortificado. Para tanto, os adeptos do Cristianismo, recorriam à benevolência da Graça Divina por meio de penitências, jejuns e orações, ao mesmo tempo em que se abdicavam de todo desejo sexual, visto que a teologia cristã estigmatizou tanto o corpo masculino quanto feminino como habitação da maldade humana (Ceccarelli, 2011; Corbin, Courtine & Vigarello, 2008a; Pelegrini, 2006).

Segundo o Papa Gregório Magno e o bispo de Hipona, Santo Agostinho, o corpo era percebido como moradia do pecado (Roiz, 2009; Siqueira, 2011). A luz desse pensamento, o corpo da Antiguidade que se configurava a partir da expressão do belo e do uso dos prazeres da carne saiu de cena, pois “nem entre os casais, na intimidade, ele deveria ser inteiramente desvelado” (Barbosa, Matos & Costa, 2011, p.26).

Face ao exposto, observa-se que em decorrência do saber instituído pela Igreja dos cristãos, foram forjadas condutas disciplinares que durante séculos apagaram a nudez corporal. Ao se reportar a estória de Adão e Eva, descrita no livro de Gênesis das Sagradas Escrituras, Le Goff e Truong (2006, p.11) afirmam que “o primeiro homem e a primeira mulher são condenados ao trabalho e a dor (...) e devem ocultar a nudez de

seus corpos”. Neste contexto, é possível admitir que o corpo figura objetivado de forma repressora como fonte de culpa e sublimada como fonte de redenção.

Nesta mesma linha de raciocínio, entende-se que o exercício da religiosidade, enquanto prática disciplinar imposta de forma autoritária pela hegemonia cristã da época medieval coibia qualquer prática corporal que tendesse a estimular a libido e valorizar o culto ao corpo, de tal modo que a cultura medieval ocidental regulamentada pelo monopólio da Igreja católica protagonizou a época do silenciamento e da grande renúncia ao corpo, na medida em que se apresentava contrária ao culto ao corpo protagonizado na Antiguidade do Império Greco-romano (Ceccarelli, 2011; Gélis, 2008; Le Goff & Truong, 2006; Nóbrega & Vieira, 2011).

Assim sendo, neste contexto valores como castidade e ascetismo conduziam os homens, mas principalmente as mulheres a um caminho para a espiritualidade. Desta forma ao mesmo tempo em que governavam a vida cristã, condenavam práticas contrárias ao estatuto dos Dez Mandamentos e fomentavam hábitos monásticos e práticas ascéticas por diversos meios em termos de abnegação, penitência, renúncia e mortificação (Corbin, Courtine & Vigarello, 2008a). Na sociedade medieval ocidental, tais valores suscitavam o controle dos desejos sexuais através de práticas de mortificação como possibilidade de purificação do corpo por meio de autoflagelações, abstinências, jejuns entre outros comportamentos (Pelegri, 2006).

Ao observar a influência do Cristianismo sobre o imaginário coletivo do povo medieval Teixeira-Filho (2005, p. 72) faz questão de lembrar a dualidade representacional associada ao corpo humano, pois ora “o corpo é considerado um lugar sagrado depois do batismo”, ora esse mesmo corpo também figura como um lugar profano suscetível de tentações. Isso remeteria a uma concepção de corpo associada a

ideia de sofrimento, ou seja, um corpo que ao infringir a normas teológicas era corrigido, com jejuns, sacrifícios e orações (Siqueira, 2011).

Além das elucidações já descritas, há de se registrar que Jacques Le Goff, um dos principais membros da escola dos Annales, e Nicholas Truong, antigo diretor da revista *Lettree*, ao publicarem o livro intitulado *Uma História do Corpo na Idade Média* fazem alusão aos sentidos, significados e representações que desvelavam a época medieval marcada pelo exercício do poder. Em paralelo, apresentam o corpo medieval marcado por mistérios, tabus, preconceitos e proibições (Le Goff & Truong, 2006).

Em face de inúmeros questionamentos sobre a forma como o corpo era concebido neste contexto, esses autores contestam a postura machista e discriminatória assumida pelo episcopado medieval no tocante a concepção do corpo feminino. A frase, “da criação dos corpos nasce, portanto a desigualdade original da mulher” deixa transparecer vestígios de um pensamento preconceituoso que defende a superioridade do homem em detrimento da mulher que se apresentava como sexo frágil, tanto para o episcopado quanto para a nobreza medieval (Le Goff & Truong, 2006, p. 53).

Desta forma, ancoradas na moral cristã, as representações sociais do corpo feminino, no período medieval, emergem objetivadas nos elementos figurativos que retratam a mulher-mãe e a mulher-amante (Assumpção Jr., 2004). Esse autor ainda faz questão de registrar que no cenário medieval a imagem do corpo feminino emerge hegemonicamente como reflexo do ascetismo e moralismo teológico. De todo modo tornar-se real uma situação de desigualdade social, desvelada por um esquema comparativo gerador de categorização social e processos de estigmatização.

Concomitante, a esse esquema comparativo aparece um pensamento ambíguo em face da forma como o corpo da mulher era representado. Deste modo, compreende-se que em solo medieval a imagem corporal da mulher ao ser objetivada como fonte de

tentação e arma envenenada do diabo, incitava sedução, ameaça e repulsa ao mesmo tempo em que fazia brotar docilidade e admiração quando representado como fonte de luz da vida, capaz de gerar varões (Ceccarelli, 2011; Le Goff & Truong, 2006).

Neste cenário, considerada hegemônica a representação do corpo emerge associada a práticas corruptas e pecaminosas que retratavam degradação humana e a “demonização da mulher” (Siqueira, 2011, p.52). Ao mesmo tempo em que desvelava uma sociedade machista submissa ao poder disciplinador e repressor, chancelado pela postura dogmática do episcopado católico.

O corpo da sexualidade, do pecado e da traição a Deus é objetivado como fonte de infração e de vergonha, no panorama medieval, ao passo que desabrocha associado à figura de um corpo humano deformado pelo pecado e martirizado pela culpabilidade silenciosa (Teixeira-Filho, 2005). Entre o povo medieval um corpo que se apresentasse publicamente como mutilado ou enfermo, era colocado à margem social e condenado pelo pecado e paganismo. Sobre este aspecto, esse autor ainda comenta que a sociedade medieval recorria ao paganismo ou a religião cristã como forma de solucionar os problemas que decorriam do adoecimento do corpo.

Contudo, Gélis (2008, p. 43 e 45) afirma que entre a tradição cristã há a crença de que “pela comunhão, o fiel recebe o corpo de Cristo (...) reafirma sua pertença ao corpo de Cristo (...) e assegura a reinserção no corpo místico”, ou seja, pela prática diária da Eucaristia reforçava-se “a ideia de que o corpo de Cristo era dispensador de graças e que ele podia curar tanto as chagas do corpo como da alma”. Portanto, essa é uma crença que se perpetua até os dias atuais, na medida em que ratifica a ideia de que um corpo pecaminoso e corrupto pode ser purificado e glorificado designadamente através do corpo sofredor de Cristo, ou seja, através de estigmas circunscritos no próprio corpo (Siqueira, 2011; Teixeira-Filho, 2005).

A esse respeito, faz necessário esclarecer que o enunciado estigma “origina-se das cinco marcas deixadas no corpo de Cristo pela Crucificação” Teixeira-Filho (2005, p.35). Neste sentido, Gélis (2008) concorda com Teixeira-Filho (2005) ao registrar que essas marcas chamadas de estigmata também foram inscritas no corpo de São Francisco de Assis, embora afirme que entre os estigmatizados as mulheres são maioria. Ainda que a soberania do episcopado medieval tentasse instituir a representação do corpo humano como sendo propriedade exclusiva de Deus e daqueles por ele designados para evitar sua profanação, o corpo vai se dessacralizando ao término da Idade Média.

Por conseguinte, algumas mudanças com relação à concepção de corpo começam a surgir. Com o florescimento do Renascimento em solo italiano, o corpo sai do confinamento obscuro e silencioso, protagonizado pelo lugar da indigência. Com isso o período negro da história medieval, cede lugar para a revalorização do saber greco-romano que vai fomentar as ideias libertadoras da Renascença. Desta forma ao mesmo tempo em que é demarcado por inúmeras transformações culturais, sociais, políticas e econômicas que caracterizaram a transição do feudalismo para o capitalismo, o período renascentista que delimita a história da Europa ao assinalar o fim da Idade Média e o início da Idade Moderna (Ceccarelli, 2011; Roiz, 2009; Siqueira, 2011).

Neste cenário, os atores sociais, passam a assistir uma valorização do pensamento científico que assume o corpo como objeto de estudo da anatomia. Em paralelo o corpo também emerge como objeto de interesse do Estado. Sob esse prisma, no tocante ao conhecimento substancial do corpo, considera-se que na época renascentista o componente mítico-religioso sai de cena para dar lugar à natureza física do corpo humano (Teixeira-Filho, 2005).

Neste direcionamento, para representar a estrutura anatômica e morfológica do corpo, assim como para explicar os processos de saúde e doença circunscritos no corpo

humano, o conhecimento técnico-científico se tornou elementar (Ceccarelli, 2011). No tocante às artes, o corpo nu reaparece destacado nas obras pictóricas de artistas como Michelangelo di Lodovico Buonarroti Simoni e Leonardo Da Vinci (Rosário, 2006).

Ao se apropriarem da imagem corporal, os grandes estudiosos do corpo humano, Da Vinci (1452-1519), Michelangelo (1475-1564) e Andreas Vesalius (1514-1564) passavam a representa-lo e a desenhá-lo de forma extravagante para a época. Em meio a esse cenário, desenhavam-se novas concepções do belo e com isso a época renascentista conferiu, novamente, a mulher um corpo glorificado como o mais belo da criação (Barbosa, Matos & Costa, 2011; Ceccarelli, 2011; Gélis, 2008).

Neste sentido, o estilo pitoresco desse escultor, pintor, arquiteto e poeta italiano, desnudou o corpo feminino como ícone de fertilidade, ao desenhar imagens de corpos robustos com seios grandes no formato de uma pêra invertida e ancas largas e arredondadas (Garrini, 2007). Na fala de Assumpção Jr. (2004, p.07) nota-se que o corpo feminino, na época da Renascença assume uma estética assimétrica:

“Os corpos ficaram roliços com covinhas e dobrinhas, realçados por rostos doces e delicados, com nariz pequeno, lábios redondos e queixo pontudo. Olhos negros e vivos, pele alva como porcelana, seios fartos, cinturas delgadas, tornozelos finos e pés pequenos”.

Os afrescos de Michelangelo na Capela Sistina exemplificaram os escândalos provocados pelas pinturas por ele executadas sobre o revestimento fresco do teto e da parede, para além de evocar uma cena bíblica esse pintor italiano nega o corpo da doutrina cristã ao exibir a corporeidade humana com traços precisos que revelam “corpos modelados, esculpidos e trabalhos” (Medeiros, 2008, p.34). Neste sentido, vários autores corroboram entre si, ao considerar que a partir do século XV inúmeros

artistas, no interior dos templos católicos instauraram o paganismo no imaginário coletivo que representava o corpo (Ceccarelli, 2011; Corbin, Courtine & Vigarello, 2008a; Ferreira, 2008; Garrini, 2007; Gélis, 2008).

A partir do Renascimento, observa-se a revalorização das atividades artísticas, da ciência e mais tardiamente da esfera política. Sob esse aspecto, percebe-se que os padrões estéticos do corpo feminino, representado pela sociedade europeia renascentista refletem o corpo como fonte de deleite e investigação, neste contexto a condição humana é reavaliada e o corpo deixa de ser fonte de pecado (Garrini, 2007).

O Renascimento refere-se a um período marcado por transformações sociais, políticas e econômicas, que se reverberam nos modos de pensar e agir. Neste cenário, o antropocentrismo assume o papel de protagonista em detrimento do teocentrismo protagonizado durante o período medieval. Por conseguinte, valores morais e religiosos foram suplantados pela crescente valorização de uma ciência positiva que culminou no avanço da medicina e na redescoberta do corpo (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Esse período seminal apresenta o corpo humano em sua dimensão física, ao mesmo tempo em que o institucionaliza como objeto de especulação da ciência, em especial no que tange a sua estrutura anatômica (Gélis, 2008; Pelegrini, 2006). A esse respeito, Ceccarelli (2011, p.04) conta que o livro *De humani corporis fabrique*, publicado por Vesalius em 1543, “é considerado o livro fundador da anatomia moderna”. Desde então, a estrutura física do corpo passa a ser manipulada, controlada, auscultada e dissecada (Ceccarelli, 2011; Machado, 2011).

Neste contexto, as descobertas da medicina através da observação e da dissecação revela o corpo objetivado no funcionamento mecânico, substituindo a alma pelo fluxo sanguíneo e pelas reações nervosas como fonte de animização do corpo (Corbin, Courtine & Vigarello, 2008a). O fato é que a concepção de corpo da

Antiguidade Clássica sustentada pela ideia dualista de corpo-alma, concomitante a ideias mecanicistas influenciou o médico e filósofo francês René Descartes, que instituiu no século XVII uma visão dicotômica entre mente e corpo.

O pensamento cartesiano explicava a condição humana composta de duas substâncias distintas, isto é, uma substância pensante (*res cogitans*) que correspondia à estrutura da mente/razão e outra correspondente a parte material, ou seja, o corpo (*res extensa*). Sendo assim, a sociedade moderna balizada pela influência cartesiana passou a representar o corpo dissociado da experiência sensorial e subjetiva (Pelegriani, 2006).

Há de se considerar que o individualismo como fonte de expressão política, social e moral subsidiou as representações do corpo moderno como fator de individuação (Barbosa, Matos & Costa, 2011). É neste sentido que o sujeito moderno, dotado de consciência e corpo próprio, ascende à categoria de indivíduo, tendo nesse corpo próprio o limite da sua individualidade, a marca identitária que negligencia a sua condição existencial, social e histórica de ser e estar no mundo (Le Breton, 2011).

Por outro lado, mesmo conferindo materialidade ao lugar existencial do sujeito, o corpo cartesiano é um corpo ausente. Com base nessa prerrogativa diz-se que a existência humana é corporal, e que “sem o corpo que lhe dá um rosto, o homem não existiria” (Le Breton, 2011, p. 07). No entanto, considera-se que “apenas quando é danificado ou quando adoece, o corpo se faz presente” (Tucherman, 2004, p.18).

Sob os holofotes da antropologia, a noção de corpo moderno opõem-se as representações que o desvela indissociável da historicidade e das experiências subjetivas que compõem a espessura humana. Deste modo, a noção de corpo na Modernidade coloca-se a serviço da lógica mecanicista legitimada pelo saber biomédico que, a partir deste período histórico, emerge como saber soberano capaz de controlar e disciplinar o funcionamento dos fluidos corporais.

Ao se colocar a serviço de uma cultura medicalizante, o corpo surge naturalizado e coisificado como objeto de especulação da ciência a partir de funções mecânicas regidas por leis fisiológicas e anatômicas (Le Breton, 2011). Sob esse aspecto, afirma-se que “neste período, os médicos se tornam figuras centrais cuidando não apenas do corpo individual, mas ainda, do corpo social” (Goellner, 2010, p.36).

Neste direcionamento, Foucault (2003) lembra que esse corpo social, caracteriza-se e constitui-se nas e pelas relações de poder mediadas pela economia dos discursos forjados numa rede de intercâmbio comunicacional que ratificava a soberania, a disciplina e o controle sobre os corpos dos indivíduos, ao mesmo tempo em que institucionalizava o corpo social na figura dos detentores do saber. A esse respeito, Vieira (2008) conta que no cotidiano das práticas sociais modernas, o processo medicalizador instaurava uma ordem normativa sobre o corpo feminino que emergia como ícone da submissão, na medida em que se ancorava na racionalidade científica e objetivava-se nos conceitos de saúde, doença e reprodução humana.

Ao fazer um resgate histórico, nota-se que o corpo feminino “tem sido tratado como especialmente ameaçador para a estabilidade moral e social” (Vieira, 2008, p. 25). Com base nessa representação de ameaça, esse corpo, em diversas sociedades, antigas e medievais, foi regulado pelo sistema normativo baseado nas crenças mítico-religiosas.

No entanto com a ascensão da medicina moderna, institui-se uma nova edição dos conhecimentos acerca do corpo humano, que descortina as representações ancoradas na perspectiva mítico-religiosa e simultaneamente passa a legitimar normas de funcionamento e intervenção sobre corpo feminino como estratégia social. Representado puramente como entidade biológica o corpo da mulher é naturalizado no cenário da sociedade moderna que ancorada na racionalidade positivista da medicina

estabelece que “as mulheres só poderiam atingir uma vida saudável se estivessem ligadas em matrimônio com finalidade reprodutiva” (Vieira, 2008, p. 26).

Esse modelo representacional disponibilizado, no substrato cultural dessa sociedade, explica a noção de corpo feminino associada à noção de corpo saudável e desvela um posicionamento social reducionista, já que as dimensões sociais, históricas, políticas e subjetivas inerentes a condição humana são negligenciadas. A demanda de corpo saudável dominava os atores sociais da Modernidade, e a prática de atividade física tornou-se hegemônica, também, neste contexto (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Desde então, a lógica capitalista propaga a ideia de um corpo produtor, que precisa ter a condição de saudável reconhecida para melhor produzir e consumir. Acrescenta-se ainda que, neste contexto, também, faz-se necessário dispor adaptar-se aos padrões de beleza para melhor consumir (Rosário, 2006). Com base dessa elucidação, considera-se que às formações e transformações do corpo ao longo da história e em especial os saberes instituídos na Idade Moderna ecoam padrões corporais de saúde e beleza pela sociedade ocidental contemporânea.

Sob esse aspecto, há de se considerar que o padrão de beleza pode se expressar de forma consonante ou dissonante em várias culturas (Furlan & Bocchi, 2003), pois “o que é belo para um povo pode não receber a mesma qualificação em outra sociedade” (Freitas, Lima, Costa & Lucena Filho, 2010, p.391). Desta forma, os significados e símbolos sociais atrelados ao corpo passar a existir a serviço de uma ordem simbólica que se apresenta como sede do sentido da cultura a qual está inserido (Campana & Tavares, 2009; Ziliotto & Santos, 2008). Sendo assim, a mulher moderna, influenciada por valores iluministas torna-se mais individualista do que a mulher medieval que sofria influência de valores coletivistas.

Capítulo III

O CORPO COMO OBJETO DE CONSUMO DA CULTURA

Ao considerar o caráter simbólico do enunciado cultura, o antropólogo francês Claude Lévi-Strauss, em 1950, na introdução à obra de Marcel Mauss argumenta que:

Toda cultura pode ser considerada como um conjunto de sistemas simbólicos, à frente dos quais se situam a linguagem, as regras matrimoniais, as relações econômicas, a arte, a ciência, a religião. Todos esses aspectos visam a exprimir certos aspectos da realidade física e da realidade social, e, mais ainda, as relações que esses dois tipos de realidade mantêm entre si e que os próprios sistemas simbólicos mantêm uns com os outros (Lévi-Strauss, 2003, p.19).

Já o antropólogo norte americano Clifford Geertz, influenciado pelo pensamento de Max Weber define a semântica do enunciado cultura como “teias de significados” que são tecidas através da capacidade intelectual de conceber, criar e de se comunicar por símbolos (Geertz, 1978, p. 04). Sendo assim, pode-se afirmar que a noção de cultura adquire formas variadas através do tempo e do espaço, na medida em que envolve expectativas e formas de agir em conjunto (Brant, 2005; Bonin, 2012).

A partir de uma perspectiva socioantropológica, Mauss (2003) argumenta que o simbolismo é fundamental para a vida social e com base neste pressuposto, pode-se compreender que a natureza dos bens produzidos socialmente não é apenas material, mas, sobretudo simbólica. Esse autor ainda considera-se que a lógica mercantil é atravessada por trocas simbólicas e pelo corpo como um objeto socialmente construído.

Neste contexto, o corpo emerge como componente dessa lógica, uma vez que atravessado pelo processo de globalização se transforma em objeto de consumo na cultura do culto ao corpo (Camargo, Justo & Jodelet, 2010; Castro, 2011; Trinca, 2008). O valor simbólico dos códigos culturais que é direcionado ao corpo como objeto de consumo estabelece parâmetros normativos de valoração estética (aparência física) que

visam aproximar ou mesmo distanciar os atores sociais a partir dos processos de categorização e comparação social (Goetz, Camargo, Bertoldo & Justo, 2008).

Diante dessas elucidações, preconiza-se que no cotidiano das práticas sociais a noção de corpo impregna-se de signos e símbolos que se desvelam a partir da ideia de culto ao corpo (Camargo, Justo & Jodelet, 2010). Neste direcionamento, ao refletir sobre o corpo como objeto de consumo Melani (2004) entende que a mercadoria-corpo obedece à mesma lógica de outras mercadorias.

“Porém, não se trata de consumir apenas um corpo, mas também a imagem do corpo, não de um corpo real e sim de um corpo ideal, “perfeito e plástico”, modelo ao qual a realidade corporal deve se ajustar a fim de conquistar felicidade, prestígio e bem-estar” (Trinca, 2008, p. 51)

Ao pesquisar RS sobre o corpo na mídia impressa, Goetz et al. (2008) identificaram que o atributo da simetria corporal, ao ser difundido pelos meios de comunicação de massa, passa a figurar como ícone de um corpo que se materializa enquanto bem de consumo. Neste sentido, a partir de uma revisão bibliográfica acerca das temáticas relativas ao corpo contemporâneo e a cultura do consumo, realizada por Maroun e Vieira (2008, p. 173), pode-se considerar que “os efeitos degradantes do tempo, as formas naturais, a exposição a enfermidades, o fator genético e hereditário parece ser negado e omitido”.

Em face dessas elucidações pensa-se que a partir deste movimento de denegação surgem novos espaços mercadológicos para suprir as demandas de consumo associadas à necessidade de combater os sinais do tempo, eliminar as manchas, os excessos, preencher as ausências e manter a aparência simétrica da imagem corporal. Por esta razão, nos tempos de culto ao corpo, mensagens midiáticas fomentam no imaginário coletivo o desejo de possuir um corpo perfeito, plástico e inatingível, um protótipo

abstrato que no mundo da moda configura-se como sinônimo de saúde, sucesso, liberdade e felicidade (Costa, 2004; Sant'Anna, 2007; Novaes, 2007, 2010).

De acordo com Barbosa, Matos e Costa (2011, p. 29) “as indústrias da beleza e da saúde têm no corpo o seu maior consumidor”, já que a mídia influencia o uso das biotecnologias para repar alguma falha ou alteração anatômica que não se enquadre no padrão corporal vigente (Camargo, Justo & Jodelet, 2010; Maroun & Vieira, 2008). Neste sentido, Santaella (2004, p.80-81) destaca que “a mídia só trabalha com as superfícies aparentes, e sempre com o reconhecível, o padronizável e, sobretudo, com que se vende mais e com mais velocidade”.

Consequentemente, o discurso midiático reforça o ideal normativo correspondente aos padrões de saúde e beleza instituídos pela cultura do culto ao corpo (Goetz et al., 2008). Os códigos culturais de valoração estética normatizam o padrão de beleza feminina, por exemplo, por meio das imagens corporais propagadas nas capas de revistas e nas cenas de filmes, novelas e comerciais, que retratam corpos imaculados, sem cicatrizes, manchas ou excessos (Dantas, 2011; Goetz et. a., 2008; Novaes, 2010).

Entretanto, faz-se necessário destacar que a ideia de consumo atribuída ao corpo não corresponde a uma relação materialista e utilitária que se estabelece com o mesmo, mas a uma relação simbólica instituída no plano representacional (Maroun & Vieira, 2008). Nota-se, a partir destas reflexões, que o consumidor – homem ou mulher busca uma imagem corporal aceita e reconhecida pela sua pertença grupal (Camargo, Justo & Jodelet, 2010; Cecarelli, 2011; Dantas, 2011; Novaes, 2008; Trinca, 2008).

Vários estudos já constataram que a forma com que os atores sociais aceitam e representam a imagem corporal do seu próprio corpo a partir da relação que estabelecem com outrem é influenciada de forma significativa pelos meios de comunicação de massa (Castro, 2011; Goetz et al., 2008; Melani, 2004). Desta forma,

entende-se que tanto o corpo quanto a aparência do corpo ficam subjugados ao agenciamento do discurso midiático que em consonância ao discurso médico estabelece códigos culturais normativos que afeta diretamente a população feminina, ao instituir que seios avantajados, cabelos longos e os quadris largos são atributos necessários para a construção da identidade feminina (Pereira et al., 2006; Trinca, 2008).

Afetada pela comunicação midiática, a maioria das mulheres recorre a práticas esportivas, ao uso de cosméticos, remédios, ou mesmo ao bisturi para ajustar sua imagem corporal ao modelo de corpo normalizado pela cultura do culto ao corpo (Brandini, 2007; Novaes, 2010; Vigarello, 2006). Em decorrência disso, se verifica que “o próprio corpo (e/ ou partes dele) fica preso à lógica da obsolescência na medida em que ele precisa, de tempos em tempos, se adequar às novas regras da moda ou das descobertas da ciência” (Trinca, 2008, p. 119).

Logo, afirma-se que a representação imagética associada à forma humana além de abranger aspectos fisiológicos, anatômicos, afetivos, cognitivos e comportamentais, articula-se com as dimensões histórica, cultural, valorativa e atitudinal, na medida em que influencia e é influenciada pelas relações sociais (Kappaun & Ferreira, 2008). Ainda, pode-se dizer que a imagem do corpo ideal é acompanhada de conotações simbólicas de sucesso, autocontrole e autodisciplina (Cecarelli, 2011).

Neste contexto, a busca frenética pela perfeição emerge como sintoma da cultura, já que a insatisfação com o próprio corpo e a modelagem de uma nova imagem corporal pode gerar riscos à saúde (Goetz et al., 2008), ao mesmo tempo em que, “veicula-se a representação de beleza estética associada a determinados ideais de saúde, magreza e atitude” (Barbosa, Matos & Costa, 2011, p. 29). Neste direcionamento, estudos realizados em diferentes contextos da sociedade contemporânea documentam a

insatisfação da mulher com o seu corpo (Camargo, Goetz & Barbará, 2005; Kalin, Morrison & Morrison, 2004; Malysse, 2003; Neighbors & Sobal, 2007; Tavares, 2003).

Segundo Markey e Markey (2005), a insatisfação com a imagem corporal afeta a relação que a mulher mantém, consigo mesmo e, com as pessoas ao seu redor. Segundo Goldenberg (2008, 2011a) as brasileiras que se mostram mais satisfeitas não são as mais magras ou bonitas, e sim aquelas que estão casadas há anos.

Seja no plano individual ou coletivo, as elaborações cognitivas associadas à dimensão imagética do corpo, eclodem opiniões, afetos, crenças, valores e representações que fomentam a formação da identidade pessoal e social do sujeito, frente à justificativa do pertencimento grupal e o processo de categorização social (Barros, 2005; Bourdieu, 1979; Le Breton, 2007). Salienta-se que “o processo de categorização social emerge da experiência, modificando sempre as representações” (Greiner 2005, p.74).

Com base nestas premissas, vários estudiosos consideram que o corpo figura como um mediador simbólico das relações sociais, já que é capaz de falar, pensar, agir, produzir discursos, sentidos e significados (Alves et al., 2009; Barbosa, Matos & Costa, 2011; Camargo, Justo & Jodelet, 2010; Cecarelli, 2011; Corbin, Courtine & Vigarello, 2008; Dantas, 2011; Garrini, 2007; Goldenberg, 2011). A título de esclarecimento, Novaes, (2010) ressalta que a partir do corpo e pelo corpo uma gama de signos e símbolos carregados de afetos, ideologias e falas tácitas refletem a não neutralidade dos discursos sobre o corpo.

Diante do exposto, a “cultura contemporânea imprime nos corpos uma mediação relacional importante, dada à valoração premente do físico enquanto representação do sujeito no social” (Ziliotto & Santos, 2008, p.1). De tal modo que, “ao corpo cabe algo muito além de um espaço no tempo” (Novaes, 2006, p.24).

As marcas do tempo e do espaço impressas nos corpos veiculam uma rede significados construídos e compartilhados socialmente (Ziliotto & Santos, 2008). Deste modo, considera-se que “o corpo está submetido à gestão social tanto quanto ele a constitui e ultrapassa” (Sant’Anna, 1995, p.12). A este respeito, as pesquisas realizadas por Goldenberg (2007, 2010, 2011a, 2011b) abordaram o corpo como uma forma de capital (físico, simbólico e social) na cultura brasileira. Neste sentido, constata-se que a partir do corpo e pelo corpo, tornam-se visíveis as diferenças entre os grupos sociais.

Através dos estudos desenvolvidos por Novaes (2007, 2009, 2010), percebe-se que os signos e símbolos associados à imagem corporal territorializam os espaços de pertencimento grupal. E, que a imagem corporal ao ser objetivada, nos contornos corporais, eclode como fonte de desejos, fantasias, estigmas e representações. No entendimento de vários autores, as representações atreladas ao corpo funcionam como molas propulsoras de condutas e comunicações sociais (Cecarelli, 2011; Dantas, 2011; Novaes, 2010; Secchi, Camargo & Bertoldo, 2009).

Ao discorrer sobre imagem corporal, Tavares (2003, p.20) diz que esta engloba todas as formas pelas quais uma pessoa experimenta e conceitua seu próprio corpo – “reflete a história de uma vida, o percurso de um corpo”. Na base dessas elucidações, parte-se do princípio que o corpo como estrutura de mediação simbólica associada a processos de categorização social, no contexto da saúde e da doença, ecoa mecanismos de estigmatização frente ao corpo desviante, deficiente ou deformado (Goffman, 2008).

O corpo desviante, deficiente ou mesmo deformado, caracteriza-se pela assimetria, pela ausência ou excesso de algo Teixeira (2010). Na opinião dessa autora, os corpos representados e reconhecidos a partir desses atributos além de vitimados e subestimados são subutilizados socialmente. Tão pouco, são percebidos nos espaços

mediático-culturais a não ser quando se trata da veiculação panfletária dos atuais programas federais de inclusão social (Trinca, 2008).

O corpo enfermo não é apenas um corpo disforme ou enfraquecido. Na medida em que o corpo adoce, além de tornar-se frágil e vulnerável, passa a ocupar o lugar da marginalidade social, pois carrega consigo estigmas que fomentam relações de poder, de subordinação e dominação, expressas nos comportamentos de esquiva, rejeição e discriminação social (Stiker, 2008). A discriminação social dirigida à pessoa que apresenta um corpo estigmatizado reflete representações sociais estereotipadas, e comportamento preconceituoso, na medida em que ratifica o lugar da marginalidade social para essa pessoa (Teixeira, 2010).

A esse respeito, Fernandes (2008) apoia-se nas ideias de Allport (1954-1962) para afirmar que o comportamento preconceituoso reflete uma relação de poder entre os grupos sociais, de tal modo que o grupo dominado passa a experimentar sentimentos de rejeição e de inferioridade decorrentes da ação preconceituosa/discriminatória. Sendo assim, pensa-se que no cotidiano das práticas sociais, as mulheres ao serem acometidas pelo câncer de mama e por consequência disso precisarem se submeter a mastectomia (uni/bilateral) são interpeladas pelo processo de categorização social que ao considerar as marcas deixadas pelo tratamento as conduzem a marginalidade social.

Face ao exposto, há de se registrar que as alterações do corpo que dão visibilidade a algum tipo de deficiência ficam por sua vez estigmatizadas, com significado de fragilidade e efemeridade do indivíduo (Cameron, 2010; Martins & Borges, 2012). “Estigmatizar significa, antes de tudo, marcar” (Teixeira-Filho, 2005). A esse respeito compreende-se a luz da ciência psicológica que uma marca inscrita no corpo pode ser considerada como suporte de sustentação da existência humana.

O processo de estigmatização é diferente do processo de rotulação que recorre a valores morais, “mas por alguma razão, estes processos foram unidos, reduzindo o processo de estigmatização à produção de estigmas” (Teixeira-Filho, 2005, p.36). Quanto a esse respeito, Fernandes (2008, p. 02) diz que “os integrantes de grupos rejeitados socialmente, além de vítimas da opressão e da desvalorização de sua identidade, constroem, muitas vezes, representações negativas em direção ao próprio grupo, surgindo então, (...) a conseqüente discriminação dentro do próprio grupo”.

Por essa razão, pensa-se que o surgimento de doenças agudas ou crônicas, faz eclodir experiências que irão refletir na forma como são construídas e compartilhadas as representações agregadas ao corpo acometido pela enfermidade (Novaes, 2010; Ziliotto & Santos, 2008). Sob este prisma, pensa-se que ao ter seu corpo acometido pelo câncer de mama, enquanto um problema de saúde pública (Brasil, 2009), a mulher vê-se interpelada e confrontada por códigos culturais de valorização estética e culto ao corpo (Correia, Oliveira & Mesquita-Ferrari, 2007; Moreira & Manaia, 2005).

Neste contexto, a retirada total da(s) mama(s) provocada pela mastectomia em decorrência do câncer gera uma experiência traumática ante a ausência desse órgão carregado de simbolismo cultural (Amorim, 2007; Aureliano, 2009). Esse elemento estranho mobiliza uma atividade cognitiva que dialoga com as experiências subjetivas do presente e do passado, ao mesmo tempo que depara-se com o simbolismo cultural da mama feminina (Neves et al., 2012).

No que diz respeito à construção social da imagem corporal feminina, Prado, Leichtweis e Johner (2010) afirmam que mamas figuram como elementos centrais da estética feminina, e podem ser analisadas a partir de duas perspectivas: funcional e emocional. A primeira perspectiva diz respeito aos órgãos produtores de leite que servem para alimentar os recém-nascidos; enquanto que a segunda se refere ao caráter

simbólico, ou seja, a mama como ícone de sensualidade e sexualidade, como fator determinante da feminilidade. De acordo com Ely e Ely (2003) e Neves et al. (2012) a maioria das mulheres recorrem à cirurgia plástica quando confrontadas pelas deformidades ou pequenas falhas estéticas.

Neste direcionamento, Prado, Leichtweis e Johner (2010, p. 151) afirmam que a “cirurgia plástica pode ser dividida em dois ramos: a cirurgia plástica estética e a reparadora ou reconstrutiva”. A primeira modalidade de cirurgia plástica visa corrigir as alterações evolutivas do tempo, na finalidade de atender aos padrões de beleza impostos pela cultura vigente. Já a segunda modalidade de cirurgia plástica objetiva amenizar ou corrigir danos físicos e/ou psicológicos que contribuem para o desequilíbrio das necessidades humanas básicas do indivíduo, “como uma reconstrução de mama decorrente de uma mastectomia por câncer”.

Cabe ainda registrar que as cirurgias plásticas (estéticas ou reparadoras) procuram corrigir variações ou anomalias, fazendo com que o sujeito se aproxime o máximo possível do que se considera padrão de normalidade ou de beleza para uma determinada cultura (Ferreira & Schor, 2007; Neves et al. 2012). No que concerne à reconstrução mamária pós-mastectomia, alega-se que a cirurgia plástica nestes casos objetiva favorecer o ajustamento social, ao mesmo tempo em que objetiva minimizar a representação negativa do corpo mutilado e estigmatizado pela ausência da(s) mama(s) (Sabino Neto, Moreira, Resende & Ferreira, 2012). Neste sentido, a forma como essas mulheres se apropriam da realidade objetiva do seu corpo mutilado, possibilita a produção de subjetividades numa zona de singularidade (Ferreira & Mamede, 2003).

Contudo, na opinião de Goldenberg (2010, p. 48), o que chama mais atenção é “o ímpeto com que as pessoas decidem mudar o corpo e a rapidez com que a decisão é tomada”. Essa autora ainda afirma que a necessidade de reconhecimento pela pertença

grupais conduz a maioria das mulheres brasileiras à cirurgia plástica (estética ou reparadora), na tentativa de (re)construir uma imagem que se enquadre nos padrões estereotipados estabelecidos pela ciência e pela cultura, e ascender socialmente (Goldenberg, 2007, 2011).

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, as mulheres brasileiras são as maiores consumidoras de cirurgia plástica estética em todo o mundo, perdem apenas para as mulheres norte-americanas (Goldenberg, 2008). Sob este prisma, afirma-se que “a operação das mamas é a primeira cirurgia mais realizada (33%)” entre o universo feminino, e que “são três as principais motivações femininas para fazer uma cirurgia plástica: atenuar os efeitos do envelhecimento, corrigir defeitos físicos e esculpir um corpo perfeito” (Goldenberg, 2011b, p. 51).

Cabe registrar que o crescimento exacerbado da procura por técnicas de (re)modelagem corporal, apresenta-se no mundo contemporâneo como uma problemática no campo da saúde, haja vista que na maioria das vezes, estas mulheres não conseguiram se ajustar aos padrões impostos pelos meios de comunicação de massa (Trinca, 2008). A partir destas elucidações, nota-se que o eixo comum entre as ideias expostas até agora revela que a construção social do corpo reverbera uma gama de signos e símbolos sociais investidos de valor normativo, e que a proposta de reinventar o próprio corpo, promove a atualização das experiências (inter)subjetivas, na medida em que as representações acerca desse corpo desvelam conceitos, imagens, estereótipos, atitudes, valores, crenças de forma dinâmica, simbólica e intercambiável.

Capítulo IV

**ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA E DA
MASTECTOMIA**

O presente capítulo tem a finalidade de considerar a magnitude epidemiológica do câncer de mama feminino para descrever os aspectos psicossociais atrelados aos efeitos nefastos causados pela retirada da(s) mama(s) e fomentar a discussão sobre a construção social do corpo acometido pelas cicatrizes herdadas pela mastectomia. Em outra seção, neste mesmo capítulo, pretende-se tecer considerações sobre empoderamento e protagonismo social articulando as estratégias de cuidado neste contexto. Neste sentido, mesmo que se considerem os achados epidemiológicos, fatores de risco, prognósticos e possibilidades terapêuticas, faz-se necessário que as especulações científicas adotem uma postura interdisciplinar, frente às múltiplas dimensões do adoecer que incluem os aspectos biológicos, psicoafetivos e psicossociais atrelados à saúde e a doença (Peres & Santos, 2009; Silva, 2008).

4.1 O ATRAVESSAMENTO DO CÂNCER DE MAMA E DA MASTECTOMIA NA CONSTRUÇÃO SOCIAL DA IMAGEM CORPORAL DA MULHER

A raiz etimológica da palavra “câncer” vem do grego *karkinos*, que significa “caranguejo” ou “garras” (Grzybowski, Schmidt, Borges, 2008, p. 82), recebendo este nome em função da forma dos tumores. Refere-se a um tipo de neoplasia, uma doença grave que incide sob o órgão da feminilidade, sexualidade e maternidade, como assim são representadas as mamas, um dos principais símbolos da identidade feminina (Aureliano, 2009).

No que diz respeito, à representação do vocábulo, Silva et al. (2010, p. 728) afirma que “a palavra câncer carrega um estigma muito forte, pois em geral as pessoas logo associam com a morte”. E, mediante o processo de estigmatização as mulheres acometidas pelo câncer de mama se vêm defronte a dois caminhos: um leva ao

“renascimento” de uma nova identidade e outro a um “mergulho” em sentimentos negativos (Farias et al., 2012, p. 35).

O câncer é o nome dado a um grupo de doenças que têm como característica comum o crescimento desordenado de células as quais têm a característica de invadir outros tecidos e criar novos tumores malignos ou outras colônias de células doentes, se alastrando por outras partes do corpo no que se chama de metástase. Assim pode atrapalhar o funcionamento do organismo e causar a morte (Silva et.al., 2010).

Quanto ao aspecto etiológico, faz-se necessário esclarecer que não há uma relação unicausal que determina o surgimento da doença, mas uma causa multifatorial que inclui estilo de vida, fatores hereditários e carga genética. Há de se registrar, ainda, que dentre vários tipos de câncer, o câncer de mama é o que mais aflige a população feminina, representando, tanto no território nacional quanto internacional, importante causa de morte entre as mulheres adultas. Só a título de informação vale ressaltar que a Organização Mundial de Saúde – OMS estima que a cada ano o câncer de mama acometa um milhão de mulheres (Brasil, 2012; Brito et al., 2009; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira; 2007; OMS, 2006; Silva et al., 2010).

Diante da magnitude epidemiológica, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, o câncer de mama figura como um problema de saúde pública que mais acomete mulheres (Farias et al., 2012; Peregrino, 2010; Souza & Andrade, 2012). Segundo o Instituto Nacional de Câncer - INCA o número de novos casos aumentou nos últimos dois anos, no Brasil, só no ano de 2012 estima-se que serão registrados 52.680 novos casos de câncer de mama com incidência de 52 casos para cada 100 mil mulheres (Brasil, 2012).

A região sudeste foi a mais afetada, no ano de 2012, de acordo com os valores das taxas anuais de incidência por 100 mil mulheres, estima-se que nessa região sejam

registrados aproximadamente 29.360 novos casos. Quanto ao Estado da Paraíba, em 2012, estima-se que foram registrados aproximadamente 640 novos casos, desses, 250 somente na capital, local onde foi realizada a coleta de dados para esta pesquisa, e o restante (390) nos demais municípios. Quanto às taxas de mortalidade por câncer de mama ajustadas por idade, nos últimos anos os números se alastraram no Estado da Paraíba, passando de 2,8 óbitos por 100.000 mulheres em 1990 para 10,0 óbitos por 100.000, em 2009, o que equivale a uma variação percentual relativa de 257% em 20 anos (Barreto, Mendes & Thuler, 2012; Brasil, 2010, 2012).

Estudos revelam que no Brasil, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais incide na população feminina, e que em razão das mudanças no perfil epidemiológico das mulheres acometidas, nas últimas décadas em todo o mundo, houve um aumento significativo da incidência dessa neoplasia (Brito, Chein, Brito, Amorim & Marana, 2010; Matos, Pelloso & Carvalho, 2010; Pelegriño et.al., 2012). No que diz respeito às mudanças no perfil epidemiológico das mulheres acometidas pelo câncer de mama, pode-se dizer que há aproximadamente quatro décadas o processo de urbanização das sociedades emerge como um fator de risco preponderante entre mulheres com elevado status socioeconômico, ao contrário do que se observa para o câncer de colo de útero (Brasil, 2012; Leite, 2008).

Quanto aos fatores desencadeadores do câncer de mama, estudiosos corroboram entre si ao afirmarem que a faixa etária entre 30 e 49 anos é um fator de risco importante, porém não há uma única causa específica que faça emergir células malignas, o que se sabe é que os fatores hereditários, hormonais, ambientais entre os diversos estilos de vida também podem favorecer o surgimento da doença (Brasil, 2012; Felix, Zandonade, Amorim & Castro, 2012). O aparecimento dessa doença em mulheres com idade igual ou inferior a 35 anos não é um fato raro, porém quando o câncer de

mama é diagnosticado nessa faixa etária o tumor se apresenta de maneira mais agressiva (Matos, et.al. 2009).

Ao considerar o caráter preventivo, Kaliks e Giglio (2008) sugerem intervenções primárias, secundárias e terciárias. Os autores, ainda esclarecem que a prevenção primária refere-se a medidas profiláticas, destinadas a população geral, com o objetivo de prevenir a exposição a fatores de risco, que para o câncer de mama os maiores fatores de risco são: tabagismo, obesidade, dieta rica em gordura e a utilização de reposição hormonal por mulheres que se encontram na fase na menopausa. O autoexame das mamas refere uma ação de educação para a saúde que contempla o conhecimento do próprio corpo e não uma estratégia isolada para a detecção precoce.

Quanto à prevenção primária Gonçalves e Dias (1999) ressaltam o fato de não haver o estabelecimento de uma relação causal entre o câncer de mama e seus agentes causadores e, por isso não ser possível uma prevenção primária mais efetiva. A ação efetiva possível é a prevenção secundária, detectando-se, através do diagnóstico precoce, a doença em estágios iniciais (Souza & Andrade, 2008).

No que concerne à prevenção secundária, os autores alertam para a detecção precoce do diagnóstico e tratamento precoce, como a possibilidade mais eficaz, já que não há evidências científicas que comprovem a eficiência da prevenção primária para o câncer de mama. As formas mais eficazes de prevenção secundária para a detecção precoce do câncer de mama são o exame clínico da mama e a mamografia (Kaliks & Giglio, 2008; Souza & Andrade, 2008).

Diante desta comprovação, estudiosos alertam para ações, de educação em saúde, que estimulem o comportamento saudável. Esse tipo de prática visa à redução da exposição aos fatores de risco como má alimentação, sedentarismo, obesidade,

tabagismo e o uso abusivo de álcool, esses fatores também estão atrelados ao desenvolvimento de outras doenças crônicas degenerativas (Brasil, 2012).

Ainda que nos últimos anos tenha havido maior estimulação da detecção precoce do câncer de mama, o diagnóstico, em muitas situações, é feito em estágios avançados da doença, e apesar de haver novas possibilidades terapêuticas, ainda é a principal causa de morte por neoplasia em mulheres adultas. Quando o câncer de mama é diagnosticado precocemente acarreta na diminuição do índice de mortalidade e aumento de sobrevida, e além de possibilitar um tratamento menos invasivo e violento para a mulher, propicia um bom prognóstico (Brasil, 2012; Guerra, Gallo, Azevedo & Mendonça, 2005; Kaliks & Giglio, 2008; Matos, Pelloso & Carvalho, 2010; Souza & Andrade, 2008).

A esse respeito, Tavares, Conceição e Silva (2011) consideram que se houvesse a garantia de um diagnóstico precoce, ou seja, eficácia na prevenção primária haveria a possibilidade de erradicar as terapias mutiladoras, a exemplo da mastectomia e as altas taxas de mortalidade por câncer de mama poderiam ser evitadas, nestes casos seria possível atingir até 95% de chances de cura e o uso de tratamentos menos invasivos. No entanto, ao câncer de mama são destinados os maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se uma das grandes preocupações em saúde pública (Brasil, 2012).

Independente da faixa etária, quando o câncer de mama é diagnosticado em estágios já avançados da doença, as chances de cura e de sobrevida das mulheres diminuem significativamente (Albrecht, 2011, Matos, et.al., 2009). Há de se considerar que o elevado índice de mortalidade provocado pelo câncer de mama só perde para as doenças cardiovasculares (Guerra, Gallo, Azevedo & Mendonça, 2005).

Nos dias atuais a descoberta do câncer de mama ainda é encarada como uma sentença de morte seja em estágios iniciais ou avançados, já que é culturalmente representada como uma doença terminal (Lima & Penido, 2007; Munhoz, Aldrighi &

Ferreira, 2007; Müller, Hoffmann & Fleck, 2006; Silva et al., 2010). Segundo Alves (2011) o câncer de mama é uma das doenças mais estigmatizadoras.

Desse modo, ao incidir sob o símbolo da feminilidade – o seio, por exemplo, a notícia do diagnóstico de câncer de mama atravessa negativamente a singularidade da mulher que além de ser interpelada pela prescrição médica que prevê inúmeras intervenções sobre o corpo. Por essa razão a confirmação do diagnóstico gera dúvidas com relação à eficácia do tratamento, reflexão sobre o sentido e significado das mamas, além de questionamentos sobre a própria existência e as consequências para a relação conjugal, a realização das atividades laborais e cotidianas (Farias et al., 2012; Silva et al., 2010; Souza & Andrade, 2008).

Partindo desse pressuposto, Maciel e Sá-Serafim (2013) afirmam que a mulher que recebe a notícia do diagnóstico de câncer de mama experimenta três etapas que se sobrepõem: 1) o comunicado: “você está com câncer de mama” – uma doença estigmatizada; 2) à realização do tratamento longo, invasivo e agressivo; 3) o corpo marcado. A migração da condição de saudável à condição de enferma provoca alterações nas dimensões física, psíquica, social, sexual e espiritual, que implicam na atualização das representações sociais do corpo feminino.

Neste contexto, ao deparar-se com a realidade da condição de enferma, uma gama de mulheres é interpelada por hospitalizações infundáveis até a remissão dos sintomas, além de ser convocada a submeter-se a exames e tratamentos invasivos, como punções, radioterapia, quimioterapia e intervenções cirúrgicas que culminam na mutilação do corpo (Angerami-Camon & Gaspar, 2013). Enquanto os operadores da medicina ocupam-se em extirpar o sintoma, o foco da atenção do cuidado está ancorado no corpo fisiológico e anatômico, que legitima e autoriza à manipulação desse corpo e consequente a retirada do órgão afetado pelo câncer (Maciel & Sá-Serafim, 2013).

Pode-se dizer ainda, que neste processo a mulher é destituída de sua autonomia, ou seja, do poder de decidir sobre o próprio corpo, muitas vezes a cirurgia para retirada da mama é feita sem o seu conhecimento. No espaço relacional instituído pelo saber biomédico, a mulher acometida pelo câncer de mama é desapropriada de sua subjetividade, mesmo que diante a notícia do diagnóstico emita expressões faciais de negação, desespero, revolta, medo, depressão, e em alguns casos tal notícia chega a ser encarada como uma sentença de morte (Vieira, Lopes & Shimo, 2007).

A notícia do diagnóstico ao atravessar a singularidade da mulher que adoece, afeta diretamente familiares e amigos, ao mesmo tempo em que emerge associada uma experiência traumática associada a representações sociais negativas que independente dos avanços da medicina, mobiliza sofrimento em virtude dos efeitos nefastos que o tratamento provoca (Ferreira, Almeida & Rasesa, 2008; Pereira et al. 2006). “Após o diagnóstico do câncer de mama, uma série de mudanças, adaptações e escolhas são necessárias na vida da mulher” (Gozzo, Lopes, Prado, Cruz & Almeida, 2012, p. 307).

Portanto, após o comunicado do diagnóstico, inicia-se o processo de tomada de decisão sobre qual tipo de tratamento é o mais indicado. Muitas são as modalidades terapêuticas que são aplicadas de forma individualizada de acordo com cada necessidade de cada caso, sendo a cirurgia o principal tratamento, na maioria dos casos.

Neste direcionamento, pode-se dizer que, a mastectomia, por se trata de uma medida mais radical do que as cirurgias conservadoras da mama como a lumpectomia/tumorectomia e a quadrantectomia, ainda, é o procedimento cirúrgico mais recomendado (Leite, Gonçalves, Amorim & Bubach, 2012). A tumorectomia e a quadrantectomia referem-se a possibilidades cirúrgicas menos deformantes.

A mastectomia traz em si um caráter traumatizante para a vida da mulher, já que se refere à retirada total da mama através de um procedimento invasivo e agressivo. É

um procedimento cirúrgico, cuja finalidade é erradicar a presença local do câncer, concomitantemente, visa promover a remissão total e a prevenção da disseminação de células malignas, proporcionando um aumento significativo na sobrevida (Alves, 2001; Pereira et al., 2006; Silva et al., 2010). É uma modalidade de tratamento que mutila a região do corpo que desperta libido e desejo sexual, por essa razão é a mais temida entre as mulheres acometidas pelo câncer de mama.

Ao provocar uma desfiguração anatômica que incide na estética feminina, hoje em dia muito valorizada na sociedade contemporânea, a mastectomia omite o ícone sociocultural da feminilidade, da erotização e da maternidade, e desta forma gera processos estigmatizantes frente à imagem corporal das mulheres que por conta do câncer de mama precisaram retirar a(s) mama(s). O resultado cirúrgico da mastectomia é capaz de gerar uma percepção negativa da autoimagem entre as mulheres mastectomizadas, ao mesmo tempo em que causa limitações físicas e afeta o funcionamento social, sexual e ocupacional da mulher (Aureliano, 2009).

Neste contexto, Farias et al. (2012) afirmam que o comportamento social das mulheres que fizeram a mastectomia é afetado pela possibilidade de retirada total ou parcialmente a mama. Além de experimentar conflitos conjugais no cotidiano pré e pós-mastectomia, essas mulheres deixam seus empregos e restringem suas atividades no lar, para se submeterem ao tratamento e ao processo de reabilitação.

Desta forma, a maioria das mulheres passa a experimentar ansiedade frente à possibilidade de perda da capacidade produtiva, da diminuição da libido, da deformidade física causada pelo tratamento; depressão e incerteza com relação ao futuro, e concomitantemente são interpeladas por atitudes preconceituosas que geram exclusão social. Nesse processo surgem emoções negativas, ligadas ao medo e a tristeza, na medida em que a mulher vê-se interpelada pelo preconceito social frente aos

corpos desviantes do padrão de beleza, concomitantemente, surgem muitas dúvidas devido ao estigma de doença terminal (Ferreira, Almeida & Rasesa, 2008; Pereira et al., 2006; Souza & Andrade, 2012; Vieira, Lopes & Shimo, 2007; Vieira & Queiroz, 2006).

Por esta razão, a mulher que teve câncer de mama e que precisou submeter-se a mastectomia deve ser acolhida em sua dimensão subjetiva e orientada sobre as possibilidades de exames que será submetida e os tratamentos disponíveis (Arantes & Mamede, 2003). Nesta direção, vale ressaltar que cirurgia oncoplástica para reconstrução da mama pode ser indicada para corrigir alguma deformidade do seio quando há extração de grande parte da mama (Peres & Santos, 2009).

Considera-se que a mastectomia é um procedimento cirúrgico que mesmo acompanhado da reconstrução mamária provoca uma experiência traumática devido à mutilação do corpo. O efeito perceptual no pós-cirúrgico da mastectomia, afeta a relação da mulher com sua imagem corporal, e com as pessoas que lhe rodeiam; implica na elaboração do luto decorrente da perda da mama e na redefinição de planos, sonhos e projetos futuros (Aureliano, 2009; Farias et al., 2012; Müller, Hoffmann & Fleck, 2006; Peres & Santos, 2009; Silva, 2008).

Os estudos que compararam grupos de mulheres que foram submetidas à mastectomia com grupos de mulheres mastectomizadas que realizaram a cirurgia para reconstrução mamária corroboram entre si quando concluem que as mulheres submetidas à mastectomia sem reconstrução da mama apresentam maiores índices de insatisfação com a própria imagem corporal (Chang et.al., 2007; Gorisek, Kranjnc & Krainc, 2009; Peres & Santos, 2009; Rebelo, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007). Esse mesmo grupo de autores, também, compartilha a ideia de descontentamento pelo resultado estético da cirurgia quando comparadas às mulheres mastectomizadas que realizaram a reconstrução mamária e as mulheres que não fizeram a reconstrução.

As sequelas físicas deixadas pelo tratamento cirúrgico apresentam-se como um obstáculo para o exercício da sexualidade, já que são associadas ao efeito visual e sensitivo causado pela retirada da mama – símbolo da feminilidade (Barros, 2008). Entretanto, na opinião desse autor, a maior causa dos obstáculos emergirem são psicoafetivas já que os níveis de hormônios são passíveis de serem ajustados.

Neste contexto, diagnóstico e tratamento cirúrgico apresentam-se indissociáveis, tanto o câncer de mama quanto a mastectomia afeta de forma negativa a percepção da sexualidade e da imagem pessoal e corporal, simplesmente pelo fato de acometer uma parte valorizada do corpo da mulher que em muitas culturas desempenha uma função significativa associada ao exercício da sexualidade e da maternidade (Alves, 2011; Bittencourt et al., 2009; Farias et al., 2012; Regis & Simões, 2005; Silva et al., 2010). Diante do exposto, considera-se que o enunciado seio simboliza a sexualidade, enquanto que a palavra mama remete ao valor normativo do corpo feminino que se remete ao aleitamento materno, ou seja, a condição de nutriz para os primeiros meses de vida de qualquer ser humano (Pereira et al., 2006; Silva et al., 2010).

Vale salientar que na contemporaneidade instituiu-se um movimento midiático que ao mesmo tempo em que estimula a vaidade da mulher, como forma de valorizar sua beleza codifica as mamas femininas como ícone de identidade social, visto que as normas sociais parecem determinar que a mulher tem que ter mamas grandes, porém simétrica e cabelos longos para a construção da sua feminilidade (Pereira et al., 2006).

Dito isto, pode-se pensar que as implicações físicas, emocionais, sociais e econômicas advindas da notícia do diagnóstico de câncer de mama interpelam a mulher quanto a sua feminilidade, uma vez que confrontada pela perda do corpo saudável e do domínio sobre a própria vida, vê-se diante de uma nova imagem corporal que lhe convoca a redefinir sua identidade social. Segundo Moreira e Manaia (2005) a ausência

da mama traz, além dos efeitos físicos atrelados as consequências sociais e emocionais, pode afetar diretamente a qualidade de vida e a capacidade de elaborar planos para o futuro das mulheres mastectomizadas.

Cantinelli et al. (2006) entendem que a avaliação da imagem corporal em mulheres que passaram por cirurgia para tratamento de câncer de mama deve ser realizada de maneira mais efetiva por profissionais da área de saúde e por pesquisadores. Enquanto Munhoz (2008) afirma que poucos estudos comparam a relação entre mastectomia, reconstrução mamária e qualidade de vida.

Com base nas elucidações anteriores, nota-se que a problemática do câncer de mama demanda um sistema de saúde estruturado e ações interdisciplinares, que visem cuidar não só da doença, mas do corpo que fala e no falar produz sentidos e significados, da mulher que adoece em sua integralidade e não adoece sozinha, o núcleo familiar adoece junto, por isso “o ato de cuidar pressupõe envolvimento coletivo” (Gerhardt, Riquinho & Rotoli, 2008, p. 143). Com base nessa premissa, afirma-se que os profissionais de saúde não cuidam somente de “um sujeito”, mas de uma pessoa que adoece e que traz consigo sua história, seus medos, valores, crenças, representações, desejos e fantasias, além dos entes e amigos, que de perto ou de longe experimentam, acompanham e compartilham as vicissitudes do tratamento e da fase de recuperação.

De acordo com Barros (2008) o apoio familiar e o suporte social são necessários para a reintegração social da mulher acometida por câncer de mama. O mesmo autor ainda comenta que a religiosidade e a espiritualidade influenciam favoravelmente na superação dos efeitos negativos do tratamento, podendo inclusive provocar reações orgânicas imunitárias.

Neste direcionamento, a Psicologia da Saúde ancorada no escopo teórico e metodológico da Psicologia Social tem contribuído significativamente a partir de

estudos que objetivam romper com o modelo biomédico que negligencia aspectos como subjetividade, gênero, cultura, identidade, crenças, valores, atitudes, representações sociais, imagem corporal, esperança, suporte social, entre outros aspectos. Neste sentido, pensa-se que as atuais discussões acerca do corpo no contexto do câncer de mama feminino, estão impregnadas de significados construídos e compartilhados socialmente, trazidos pela linguagem hegemônica da ciência em paralelo a linguagem do senso comum.

4.2 ESTRATÉGIAS DE CUIDADO E REDE DE SUPORTE À MULHER MASTECTOMIZADA

A raiz etimológica do enunciado cuidado advém do latim *coera* que significa cura e deriva do conceito de *cogitare-cogitatus* e de sua corruptela *coyedar, coidar, cuidar*. “O sentido de *cogitare-cogitatus* é o mesmo de cura: cogitar e pensar no outro, colocar a atenção nele, mostrar interesse por ele e revelar uma atitude de desvelo, até de preocupação pelo outro” (Boff, 2005, p.90). Do ponto de vista operacional, o termo cuidado remete uma ação integral que detém sentidos e significados associados ao conceito de saúde como direito de todos (Pinheiro & Guizardi, 2008).

Deste modo, o cuidado ofertado à mulher que já se submeteu a mastectomia deve pautar-se em condições dignas de cidadania, rumo à autonomia e emancipação (Souza & Fontana, 2013). Haja vista que, essa categoria é afetada de forma negativa, tanto pelo procedimento cirúrgico que culmina na amputação de um órgão carregado de simbolismo cultural, quanto pelo tratamento quimioterápico que na maioria das vezes gera efeitos colaterais que também alteram a aparência da imagem corporal (Carvalho, Santos & Linhares, 2011; Cesnik & Santos, 2012; Maciel & Sá-Serafim, 2013).

No que diz respeito ao acolhimento das demandas de cuidado da mulher mastectomizada, o Ministério da Saúde junto ao Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher e a Política Nacional de Atenção Oncológica, também, prevê ações preventivas voltadas para o controle epidemiológico do câncer de mama (Brasil, 2012). A partir de campanhas educativas que incentivam à realização do autoexame das mamas, a mamografia anual, o uso de uma terapêutica adequada e de um tratamento multidisciplinar (Mineo, Matos, Lima, Deluque & Ferrari, 2013).

Outra possibilidade de cuidado ofertada pelo governo garante às essas mulheres o direito a reconstrução imediata da mama. Neste sentido, a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, representa um grande avanço, em seus artigos 1º e 2º garante o direito à cirurgia plástica reparadora imediatamente após a retirada da mama, pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Afora o SUS, os planos e seguros privados de assistência à saúde também se encontram na obrigatoriedade de realizar cirurgia plástica reparadora de mama, nos mesmos casos, de acordo com a Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001. Além disso, há de se registrar que a Lei nº 12.802 de 24 de abril de 2013 prevê uma derrogação ao art. 2º da Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Deste modo, a Lei nº 9.797/1999 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 1º e 2º ao artigo 2º, que institui a reconstrução imediata, concomitante ao ato cirúrgico, desde que a paciente apresente condições técnicas para tal procedimento, e na impossibilidade da reconstrução imediata a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.

Neste direcionamento, cabe registrar que a reconstrução do contorno da mama, a partir da cirurgia plástica reparadora, pode ser pela inserção de um implante artificial

que é preenchido por silicone ou solução salina, ou por um retalho do músculo reto abdominal ou grande dorsal (Caponero, Donato & Malzyner, 2000; Souza & Andrade, 2008). Como a mama é um dos atributos determinantes da identidade feminina, sua reconstrução é de suma importância para que a mulher possa recuperar sua autoestima e ajustar-se esteticamente aos padrões socioculturais (Sabino Neto et al. 2012).

Com base nos pressupostos aqui elucidados, pensa-se que as estratégias de cuidado à mulher mastectomizada também deve abranger atitudes de acolhimento digno e respeitoso. Acolhimento refere-se a uma diretriz do Ministério da Saúde que se configura como uma das propostas da Política Nacional de Humanização, ao prevê a capacidade de escuta ativa articulada a possibilidades de diálogo (Ayres, 2004).

O acolhimento dialogado é recomendado antes de qualquer ação terapêutica, pois tem a finalidade de acolher não apenas a dimensão física, mas, sobretudo aos aspectos atravessados pelo processo de estigmatização provocado a partir do diagnóstico de câncer de mama até o período pós-tratamento (Cesnik & Santos, 2012). Entretanto, no que concernem as práticas de cuidado em saúde, pode-se afirmar que o modelo curativista, ainda, é vigente no campo da oncologia (Mineo et al., 2013).

Por essa razão, pensa-se que sob a influência da herança cartesiana muitos profissionais, ainda, priorizam a doença, o sintoma e o corpo em detrimento da pessoa que adocece. Ações como estas negligenciam a subjetividade e todos os aspectos psicossociais em torno do processo saúde e doença (Merhy, 2007).

Segundo Carvalho, Santos e Linhares (2011) à mulher que se submete a mastectomia, em decorrência do câncer de mama, deve ser ofertado um cuidado integral que contemplem ações interdisciplinares que extrapolem os limites do corpo. Sendo assim, a proposta de atenção integral a saúde da mulher, emerge como um dispositivo político que habilita os sujeitos nos espaços públicos a engendrar novos arranjos sociais

e institucionais em saúde (...) esses arranjos são marcados por conflitos e contradições, numa arena de disputa política, em defesa da saúde como direito e não como privilégio de alguns (Pinheiro & Guizardi, 2008, p. 23).

Portanto, pensa-se que no contexto pós-mastectomia as ações de cuidado devem consistir em um processo dinâmico que envolva relações horizontais não hierarquizadas entre profissionais e usuárias do serviço de saúde (Carvalho, Santos & Linhares, 2011; Cesnik & Santos, 2012). De tal modo que, as práticas de cuidado voltadas para promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde, se objetivam nas atitudes e comportamentos fundamentados no conhecimento científico e no saber comum.

O senso comum caracteriza-se pela naturalidade, leveza, acessibilidade dos saberes em relação às experiências locais que figuram um caráter prático e não sistemático (Acioli, 2008; Geertz, 1997). Há de se registrar que o senso comum se apropria do saber científico, da experiência existencial ressonante no pensamento social, e da ação comunicativa que subsidia as interlocuções sociais na vida cotidiana (Moscovici, 2007). Por conseguinte, o sentido hegemônico do termo cuidado, no âmbito da saúde, ainda, ancora-se no modelo mecanicista que considera o saber biomédico como soberano, controlador e disciplinador (Merhy, 2007).

Ainda, de acordo com Merhy (2007), considera-se que atualmente há um leque de possibilidades de atuação envolvendo profissionais de diversas áreas da saúde, que se unem a família/responsáveis e voluntários enquanto unidades de cuidado com o objetivo de promover a saúde global dos atores sociais, afetados pela problemática da alteração da imagem corporal proveniente do câncer de mama e da mastectomia, por exemplo. Neste contexto, as pessoas que adoecem apoiam-se na ideia de redes de sociais de suporte (Siqueira & Padovam, 2008). Sobre este ponto, essas autoras consideram importante esclarecer que o conceito de redes sociais foi desenvolvido no âmbito da

sociologia e da antropologia, e caracteriza-se pelo agrupamento de pessoas próximas que exercem influencia significativa nos modos de pensar, sentir e agir, diante da doença e do processo de restabelecimento, por exemplo.

A partir dessas premissas, surgem novas formas de cuidar apoiadas na perspectiva de rede. Segundo Furlan, Bernardi, Vieira, Santos e Marcon (2012) a mulher que se submete a mastectomia necessita de cuidados multiprofissionais, mas também requer suporte social, familiar e espiritual. Salienta-se que a rede social de apoio no campo da saúde atua como suporte, melhora a qualidade de vida, acelera o processo de cura e aumenta a sobrevivência de quem tem uma doença grave (Sluzki, 2003).

O suporte social constitui-se em um conceito psicológico de natureza cognitivista (Cobb, 1976), visto que engloba uma articulação de três classes de crença: “as de que é amado e que existem pessoas preocupadas com ele; as de que é amado e valorizado e, finalmente, as de que pertence a uma rede social” (Siqueira & Padovam, 2008, p. 70). Embora não haja consenso acerca das dimensões que compõem o suporte social, vários teóricos corroboram entre si quando argumentam que a principal dimensão é de natureza emocional enquanto a outra de caráter instrumental e informacional (Furlan et al., 2012; Siqueira & Padovam, 2008).

De acordo com esses autores, a dimensão emocional refere-se à oferta de afabilidade, afeição e carinho por parte de alguém a outrem, ou seja, aludi sobre “coisas que as pessoas possam fazer ou falar em relação ao outro” (Siqueira & Padovam, 2008, p. 71). Já no que diz respeito à dimensão instrumental e informacional, essas autoras, afirmam o caráter instrumental reúne ações voltadas ao caráter utilitário, diz respeito à oferta de recursos materiais e financeiros que uma pessoa possa necessitar para superar uma dificuldade da mesma natureza.

Ainda no que concerne a temática da rede social de suporte ofertada à mulher mastectomizada, entende-se que o suporte familiar figura como “uma das principais redes de apoio, já que permite à mulher manter certa estabilidade para lutar contra a doença” (Furlan et al., 2012, p. 67). No entanto, McLaughlin, Horwitz & White (2002), esclarecem que as redes formadas por familiares com laços consanguíneos comportam interações de conotação positiva e negativa. Neste mesmo raciocínio Sluzki (1997, p.31) afirma que as ações de cuidado quando ofertadas “são mais por expectativas e pressões sociais do que por impulsos de lealdade”.

Com relação ao suporte espiritual, considera-se diante da ausência ou da fragilidade do suporte social o exercício da fé figura como possibilidade de cuidado. As pessoas que adoecem tendem a buscar na religião o suporte necessário para minimizar o sofrimento associado ao processo de adoecimento (Valla, Guimarães & Lacerda, 2008). Em face dessas colocações, Merhy (2007) e Ayres (2004), lembram que o sujeito que padece não quer apenas ser examinado, esse que ser olhado, tocado e escutado, uma vez que a fala dá sentido a sua existência humana contextualizada no tempo e no espaço.

Por conseguinte, entende-se que ao ser interpelado pelo pelos efeitos nefastos da mastectomia o corpo que padece de sintomas físicos é o mesmo que fala, e no falar retrata sua cultura, sua história, valores, crenças, moral, representações atreladas inclusive ao processo de adoecimento e as práticas de cuidado que lhe são ofertadas. Vale destacar que após a mastectomia as mulheres ancoram a dificuldade de se olhar no espelho na dimensão física (Pereira, et al. 2006, p.793).

Essa problemática assume caráter polimorfo e se dispersa por outras arenas sociais. Os saberes e fazeres associados ao cuidar surgem para identificar nas alteridades as necessidades dos atores sociais usurpados pelo processo saúde doença. Assim, nasce a emergência de resgatar autonomia das mulheres mastectomizadas enquanto protagonistas do processo terapêutico, na intenção de melhorar sua condição de existência no mundo.

Capítulo V

MÉTODO

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo de cunho exploratório e descritivo, ancorado na perspectiva multimétodo.

5.2 LOCAL DE INVESTIGAÇÃO

Esta pesquisa foi desenvolvida em uma Organização Não Governamental (ONG) que presta apoio biopsicossocial de forma multidisciplinar a pessoas com diagnóstico de câncer. A ONG escolhida como cenário de investigação localiza-se em zona urbana, próximo ao centro de João Pessoa-PB. É uma associação de direito privado, sem fins lucrativos que tem a finalidade de promover apoio a pessoas de baixa renda, oriundas do Estado da Paraíba, maiores de 18 anos e que foram acometidas por algum tipo de neoplasia/câncer. Para tanto, a ONG conta com o suporte de uma equipe multiprofissional composta por: 01 advogado, 01 assistente social, 02 fisioterapeutas, 01 psicólogo e 01 nutricionista. Ainda conta com a colaboração de pessoas voluntárias que ministram oficinas terapêuticas e profissionalizantes.

5.3 PARTICIPANTES

A amostra foi composta de 23 participantes escolhidas por conveniência, de forma intencional e não probabilística. O n amostral foi definido pelo critério de saturação proposto por Sá (1998, p.92), que diz respeito à quantidade de atores sociais que devem ser contatados, ou seja, argumenta-se que a representação manifestada por certo número de pessoas e por um número maior seria a mesma: “*quando os temas e/ou*

argumentos começam a se repetir isto significa que entrevistar uma maior quantidade de outros sujeitos pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo de representação; pode-se então realizar mais umas poucas entrevistas e parar”. Todo o n amostral foi composto por pessoas do sexo feminino que se submeteram à mastectomia (uni/bilateral), em decorrência do câncer de mama.

Critérios de Inclusão:

1. Ter realizado mastectomia (uni/bilateral) em decorrência do câncer de mama e não estar em tratamento quimioterápico/radioterápico;
2. Aceitar participar do estudo como voluntária e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ver apêndice I).

Critério de Exclusão:

A não realização da mastectomia em decorrência do câncer de mama.

Cabe pedir licença para comunicar que entre um dia de coleta e outro, uma das participantes faleceu e outra precisou se hospitalizar, por essa razão, só o n amostral das entrevistas foi constituído de 21 participantes.

5.4 INSTRUMENTOS

Para a obtenção dos dados foram utilizados os seguintes instrumentos: um Questionário biosociodemográficos, a Técnica do Desenho-Estória com Tema, e a Técnica da Entrevista Semiestruturada.

Questionário biosociodemográfico

O questionário é um instrumento autoaplicável que deve ser constituído por uma série ordenada de perguntas abertas ou fechadas (Marconi & Lakatos, 2009). Segundo Gil (1999, p.128), pode ser definido “como uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.”.

O uso do questionário teve como finalidade traçar um perfil das participantes da pesquisa, para tanto foram coletados os seguintes dados: idade; tempo de mastectomia; uso de prótese mamária; satisfação com a imagem corporal; religião praticante; estado civil; exercício de atividade laborativa; recebimento de benefício (auxílio doença/aposentadoria); ter filhos e desejo de ter filhos.

Técnica do Desenho-Estória com Tema

O Desenho-Estória com Tema é uma técnica projetiva que foi desenvolvida a partir do procedimento de Desenhos-Estórias (Trinca, 2006). Essa técnica já foi adaptada, experimentada e validada para pesquisas realizadas sobre representações sociais no contexto brasileiro (Coutinho, 2001, 2003, 2005). Trata-se de um recurso investigativo que pode ser aplicado a todas as faixas etárias, de ambos os sexos, a qualquer grau de escolaridade, condição socioeconômica e cultural. Sua administração poder ser individual ou coletiva, de preferência sua aplicação dever ser no período diurno, devido ao uso de estímulos cromáticos.

A aplicabilidade dessa técnica no campo das RS permite a decodificação de mensagens enigmáticas, que por ventura ainda não tenham sido objetivadas no campo da consciência através da associação de processos dinâmicos e perceptivos. De tal modo

que favorece a apreensão de conteúdos psicossociais, afetivos, cognitivos e comportamentais associados à dimensão simbólica de um determinado objeto temático (Coutinho, Sá-Serafim & Araújo, 2011).

Técnica da Entrevista Semiestruturada

Ao considerar que a técnica da entrevista corresponde a uma “conversação de natureza profissional” (Marconi & Lakatos, 2009, p. 197), optou-se por utilizar entrevistas de caráter semiestruturado com o intuito de apreender por meio das interlocuções verbais uma diversidade de elementos figurativos relativos ao corpo das mulheres mastectomizadas.

5.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E PARA COLETA DOS DADOS

a) Aspectos Éticos

A pesquisa propriamente dita foi iniciada somente após a obtenção do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba (SES-PB) através do número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), aos 21 dias do mês de Dezembro de 2010 (ver anexo II). Nesta seção ainda cabe registrar que por se tratar de um objeto de estudo (corpo mastectomizado) que pudesse evocar conteúdos latentes associados ao câncer de mama e a mastectomia, a pesquisadora na condição de psicóloga avaliou que a pesquisa podia oferecer risco mínimo (conflitos existenciais) para as participantes.

Por essa razão colocou-se disponível para trabalhar, por meio de uma escuta psicoterápica, as necessidades psicoafetivas advindas do momento da aplicação dos

instrumentos. Salienta-se que as participantes foram respeitadas quanto aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como hábitos e costumes.

b) Procedimento de Coleta dos Dados

Antes da aplicação dos instrumentos houve um contato prévio com a equipe gestora da ONG para prestar informações acerca desta pesquisa e demais acertos operacionais. Após a autorização verbal da equipe gestora para efetuar o convite as participantes e o aceite do TCLE por parte das participantes, recorreu-se a um agendamento de horário, o que resultou numa aplicação singularizada dos instrumentos.

Destaca-se que o período para coleta dos dados foi de Janeiro de 2011 à Junho de 2012, pois algumas participantes depois da aplicação do questionário e da técnica do desenho-estória alegavam que tinham outros compromissos e solicitavam outro encontro para a aplicação da entrevista. Ao atender a solicitação dessas participantes a pesquisadora procedeu com o agendamento de mais um horário. Ainda cabe pedir licença para comunicar que entre um dia de coleta e outro, uma das participantes faleceu e outra precisou se hospitalizar. Por essa razão, duas participantes não foram entrevistadas.

Após cada participante esclarecer as dúvidas sobre a pesquisa, e assinar voluntariamente o TCLE, procedeu-se com a coleta propriamente dita. A aplicação de todos os instrumentos foi realizada de forma individual em uma sala reservada com ambiência acolhedora, isolada de estímulos visuais ou auditivos que pudessem interferir na projeção gráfico-verbal, e na produção cognitiva dos conteúdos temáticos das estórias e das entrevistas.

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário biosociodemográfico, seguido da Técnica do Desenho-Estória com Tema e da Técnica da Entrevista Semiestruturada. A seguir de modo mais específico serão apresentados os procedimentos de coleta de acordo com cada instrumento.

A aplicação do questionário biosociodemográfico foi de forma autogerida e o tempo médio gasto pelas participantes para responder a esse instrumento foi de aproximadamente cinco minutos. Já a aplicação da técnica projetiva do desenho-estória e da entrevista foi dirigida pela pesquisadora que participou de forma mais ativa, emitindo os comandos verbais.

Na tentativa de oferecer um cenário acolhedor que fomentasse a liberdade de expressão, antes e depois da aplicação de cada técnica projetiva as participantes eram estimuladas a falar livremente sobre qualquer assunto. Na operacionalização desta técnica, a pesquisadora entregou a cada participante uma folha de papel ofício A4 na cor branca, lápis monográfico nº 2 na cor grafite, emitindo o seguinte comando verbal: *“Por favor, desenhe o corpo de uma mulher mastectomizada”*.

Após cada participante indicar o término da atividade, a pesquisadora solicitava que a mesma examinasse com atenção o desenho e perguntava-lhe se ainda era necessário acrescentar algo. Quando a participante sinalizava que já havia concluído e não tinha nada mais a acrescentar, a pesquisadora pedia-lhe para, oralmente, contar uma história sobre o desenho por ela criado, sendo assim a pesquisadora recorreu ao uso do gravador para garantir a fidedignidade das falas elaboradas pelas participantes.

Ao final da contação de história a pesquisadora pedia para a participante dar um título ao desenho criado. Com relação ao tempo médio para essa atividade observou-se que cada participante gastou aproximadamente uns 45 minutos, sendo a maior parte do tempo destinada à criação da projeção gráfica.

Por último, a coleta dos dados por meio das entrevistas foi realizada semelhante a uma conversa informal. Como o objetivo de identificar compreender como as entrevistadas se apropriavam, representavam e se organizavam frente à realidade objetiva do corpo mastectomizado, a pesquisadora no papel de entrevistadora manteve o foco da entrevista a partir de um roteiro semiestruturado constituído por cinco questões abertas (ver apêndice II). O tempo médio desta atividade foi de aproximadamente 50 minutos para cada entrevistada.

5.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

No intuito de conservar a conexão entre os pressupostos teóricos e metodológicos que embasam esta tese, os dados emergidos foram processados e analisados de acordo com a especificidade do questionário e de cada técnica utilizada na coleta. A seguir, de forma sistemática será apresentado como foi o processo de tratamento e análise dos dados referentes a cada instrumento:

Questionário biosociodemográfico

Com o objetivo de traçar o perfil da amostra, os dados coletados por meio desse questionário foram processados no *software* SPSS e analisados segundo a estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão).

Técnica Desenho-estória com Tema

Todo o material apreendido foi sistematizado, codificado e validado internamente por três juízes (pesquisadores) que tem experiência com esse instrumento de investigação, no campo da psicologia social. Os grafismos e os conteúdos verbais

foram analisados segundo o modelo de Análise de Conteúdo Temático proposto por Coutinho (2005, 2011), conforme os passos descritos a seguir:

1. Observação sistemática dos desenhos;
2. Seleção dos desenhos por semelhança gráfica e/ou aproximações semânticas;
3. Leitura flutuante das unidades temáticas das estórias;
4. Decodificação dos desenhos;
5. Sistematização dos elementos figurativos;
6. Classificação e categorização dos desenhos por aproximações icônicas;
7. Descrição dos Desenhos-Estória com Tema;
8. Recortes, codificações e categorizações das unidades de análise temática, por aproximação semântica;
9. Análise e interpretação das categorias;
10. Análise e interpretação dos desenhos através dos grafismos.

Técnica da Entrevista Semiestruturada

Para garantir a credibilidade da análise lexicográfica das entrevistas, a pesquisadora efetuou a transcrição literal do material coletado, garantindo-se a fidedignidade das verbalizações produzidas pelas participantes. O *corpus* proveniente das entrevistas foi editado no *Microsoft Word 2010* e posteriormente processado pelo *software Alceste (Analyse Lexicale par Context d'un Ensemble de Segments de Text)*, em sua versão 4.5, desenvolvido na França por Reinert (1990).

Esse programa além de favorecer a análise lexical quantitativa de forma informatizada e automatizada que considera a análise da co-ocorrência de palavras como unidade também oferece a sua contextualização nas entrevistas ou *corpus*

(Saraiva, Coutinho & Miranda, 2011). Face ao exposto, no que concerne a análise dos dados cabe esclarecer que esta tese optou por considerar a Classificação Hierárquica Descendente a partir do *corpus* inicial formado pelo conjunto das respostas.

Os resultados extraídos pelo programa fazem “referência à posição do locutor; ao tipo do contexto; aos aspectos performativos dos enunciados, que se sobrepõem aos declarativos; e ao uso da língua nas suas dimensões práticas” (Lima, 2008, p. 88). Portanto, “trata-se de estudar a estrutura formal das suas co-ocorrências nos enunciados de um *corpus* dado” (Reinert, 1993, p.9). O *software* Alceste apoia-se em cálculos estatísticos efetuados sobre a co-ocorrência de palavras em segmentos de texto.

De acordo com Saraiva, Coutinho e Miranda (2011, p. 68) destaca-se que a finalidade do *software* é obter uma primeira classificação estatística de enunciados simples do *corpus* estudado, em função da distribuição de palavras dentro de cada enunciado, a fim de apreender as palavras que lhe são mais características. Essas autoras ainda argumentam que esse programa “contribui para uma melhor compreensão da comunicação social”, desta forma, consideram que a partir do processamento dos dados é possível uma análise psicossocial da linguagem das representações sociais.

No entanto, para um resultado significativo faz-se necessário haver coerência entre o material textual apreendido, e que o arquivo seja suficientemente grande para que o elemento estatístico seja levado em consideração. Então, calculam-se a sua frequência e o percentual das palavras. Esta estatística é processada pelo Teste do qui-quadrado (χ^2).

Capítulo VI

DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo propõe descrever os resultados obtidos a partir dos dados coletados através do Questionário Biosociodemográfico, da Técnica do Desenho-estória com Tema e da Entrevista Semiestruturada.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DAS PARTICIPANTES

Com a finalidade de cumprir com o primeiro objetivo específico que visa caracterizar o perfil das participantes desse estudo serão descritos, a seguir, os resultados dos dados coletados através do questionário. Os resultados aqui apresentados foram processados pelo *software* SPSS, de acordo com a estatística descritiva.

Participaram desta pesquisa 23 mulheres, com idade mínima de 30 anos e máxima de 59 anos (M= 49; D= 5,8). Quanto a variável tempo de mastectomia, as participantes apresentaram uma média de seis anos de cirurgia (D= 3,7).

No que diz respeito ao uso de prótese, 14 participantes, ou seja, a maioria disse usar a prótese móvel feita de alpiste ou silicone, ao invés de fazer a cirurgia reparadora da(s) mama(s). Dessas 14 participantes que disseram usar prótese móvel, 13 disseram que pegam o enchimento de alpiste no Hospital Laureano e que a prótese de silicone é distribuída pela secretaria municipal de saúde em João Pessoa, PB. Ao considerar o número total da amostra, pode-se afirmar que apenas sete participantes disseram ter feito à cirurgia plástica reparadora das mamas e duas disseram que optaram por não fazer a reconstrução mamária nem usar a prótese móvel.

Com relação a variável satisfação com o corpo 13 participantes disseram estar satisfeitas. Já no que concerne a variável atividade laboral 17 participantes disseram não exercer nenhum tipo de atividade, nem mesmo atividades domésticas no lar. Dessas 17 participantes, apenas oito disseram receber o benefício (auxílio doença/aposentadoria).

Quanto a variável religião 11 participantes se consideram católicas praticantes, enquanto 8 disseram ser praticantes da religião evangélica. Três entrevistadas se disseram adeptas à doutrina espírita e outra disse não ser adepta de nenhuma religião.

No que concerne ao estado civil, 12 participantes disseram viver união estável, enquanto sete se consideraram solteiras e quatro separadas. Quanto ao exercício da maternidade 18 participantes disseram ter filhos e também expressaram o desejo de não ter filhos. Considerando todas as entrevistadas apenas cinco disseram que não tiveram filhos e apenas uma que não teve filho(a), expressou o desejo de ter.

6.2 GRAFISMOS E NARRATIVAS ASSOCIADAS AO CORPO MASTECTOMIZADO

Os dados coletados a partir desta técnica constituiu um *corpus* formado por 23 desenhos, 23 histórias temáticas e 23 títulos, direcionados aos desenhos-história. Após observação sistemática dos desenhos e a leitura flutuante das unidades de análise, procedeu-se com a decomposição do *corpus*, para então proceder com os agrupamentos dos desenhos por similitude gráfica, decodificação dos grafismos, aproximações semânticas dos títulos e agrupamento das unidades de análise por classificação temática.

Cabe esclarecer que o uso da Técnica do Desenho-história com Tema teve a finalidade de apreender a dimensão imagética e verbal das representações sociais do corpo mastectomizado. Por essa razão, diante da complexidade dos resultados apreendidos através desta técnica, vale informar que esta seção foi didaticamente estruturada em duas subseções: a primeira refere-se à descrição e decodificação dos desenhos sobre o corpo mastectomizado; a segunda diz respeito à descrição do agrupamento dos grafismos e recortes semânticos por categorias.

a) Descrição e decodificação dos grafismos

Na figura 01 é possível perceber o corpo mastectomizado objetava-se a partir de um corpo despido de vestimenta, que a cima da região torácica onde se localiza o ícone da feminilidade existe um traço do lado direito, o que codifica uma marca, ou seja, algo que indica a retirada da mama, em oposição nessa mesma altura fica evidente a presença da mama esquerda. Neste desenho ainda nota-se a ausência da cabeça e de uma base de sustentação para o corpo. O título chama atenção para a doença, câncer de mama.

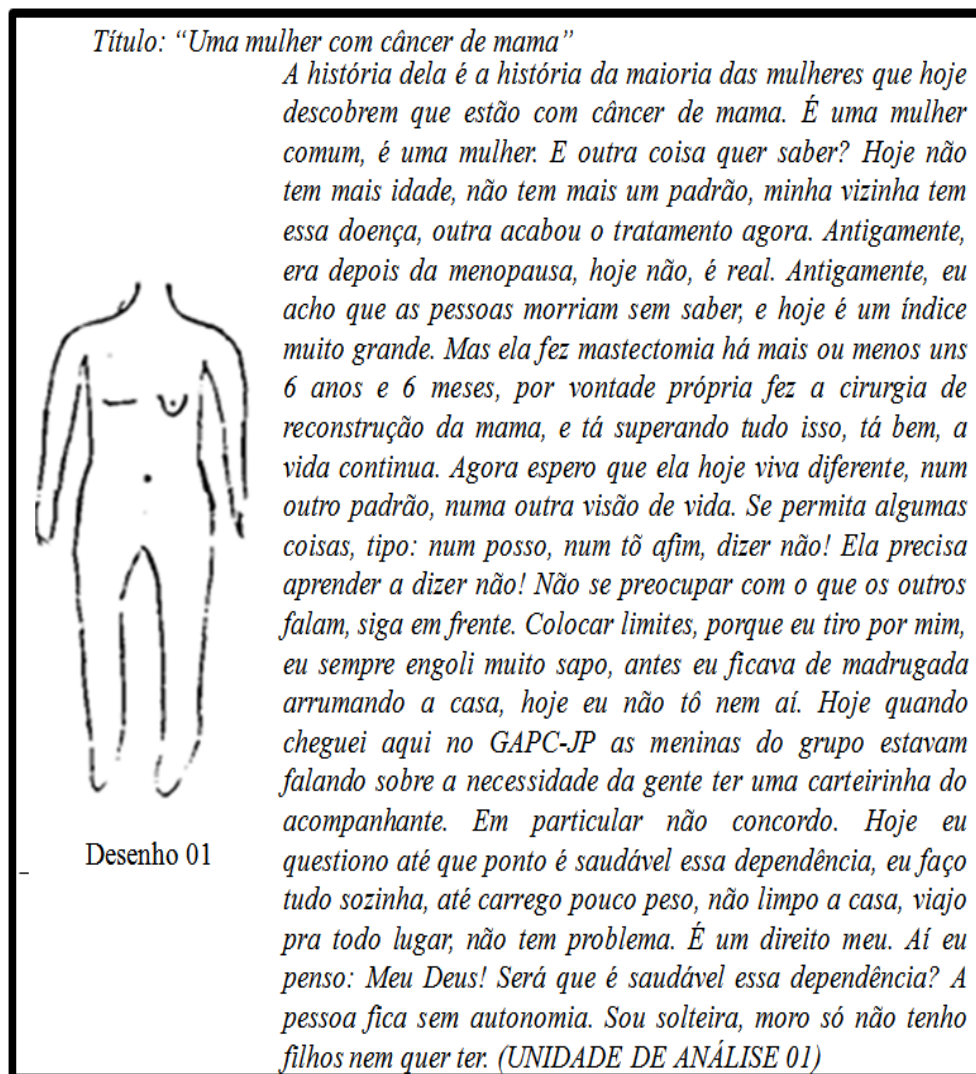


Figura 01: Desenho-estória - "Uma mulher com câncer de mama"

Quanto à imagem correspondente a figura 02 percebe-se que a representação gráfica do corpo mastectomizado corresponde a uma ideia fantasmática e estereotipada, na medida em que a imagem apresentada está destituída de rosto e mesmo de uma estrutura corporal. Ainda nesta figura, observa-se uma projeção triangular duplicada. A imagem localizada à esquerda dá visibilidade a um ícone de traçado duplo que remete a ideia de cisão ou corte, e na posição contrária nota-se a presença de uma imagem dúbia no formato oval, que simbolicamente pode indicar a presença da mama esquerda. Com relação ao título da figura 02, observa-se que assim como na figura 01, o que chama atenção é a conotação dada à doença – câncer de mama.

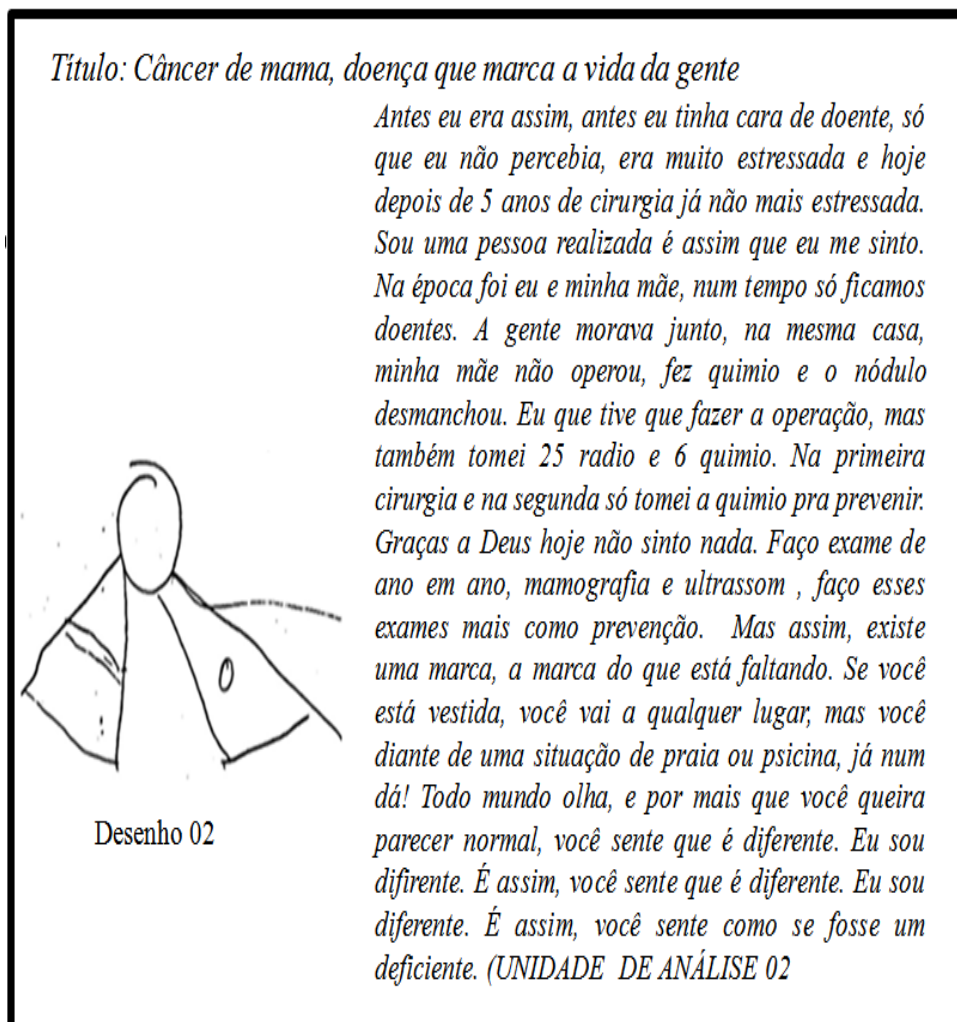


Figura 02: Desenho-estória - “Câncer de mama, doença que marca a vida da gente”

Conforme a figura 02, a seguir, nota-se que a representação gráfica do desenho que compõem a figura 03, também indica uma ideia fantasmática e estereotipada, pois consiste na imagem de um corpo com poucos cabelos, aparentemente vestido, que dá visibilidade ao peito direito como um elemento externo a estrutura corporal. Ainda nota-se que a projeção da expressão facial releva o contorno labial curvado para cima. Esse, também, é um desenho que não apresenta uma base de sustentação corporal, embora componha a ideia de pés, mãos e braços. No que concerne ao título deste desenho-estória, a participantes faz alusão ao câncer de mama.

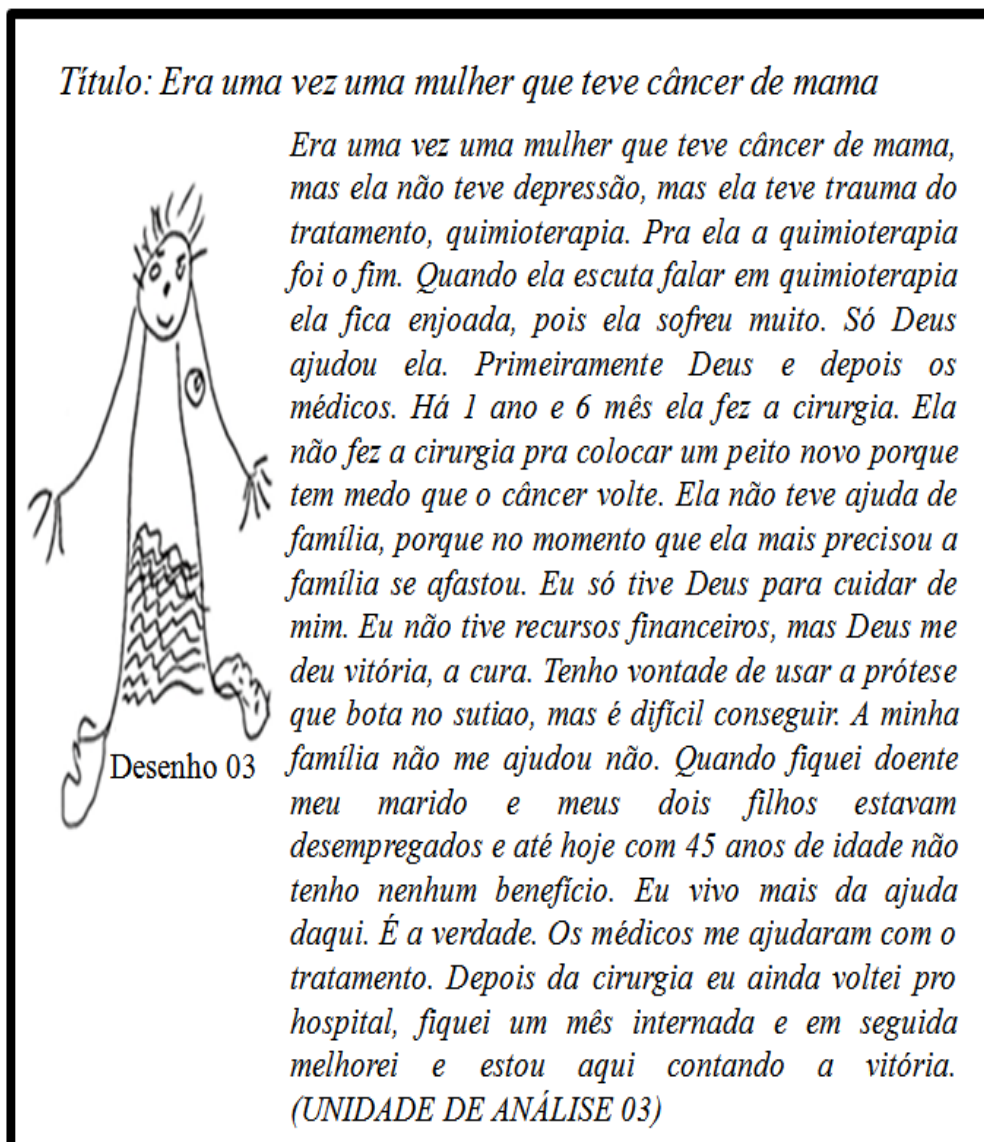


Figura 03: Desenho-estória - “Era uma vez uma mulher que teve câncer de mama”

Com base na figura 04, observa-se um desenho bipartido. Neste sentido, nota-se que tanto o desenho 04a, quanto o desenho 04b correspondem a uma imagem corporal incompleta, que dá visibilidade a nudez corporal no que concerne ao ícone da feminilidade, ou seja, as mamas.

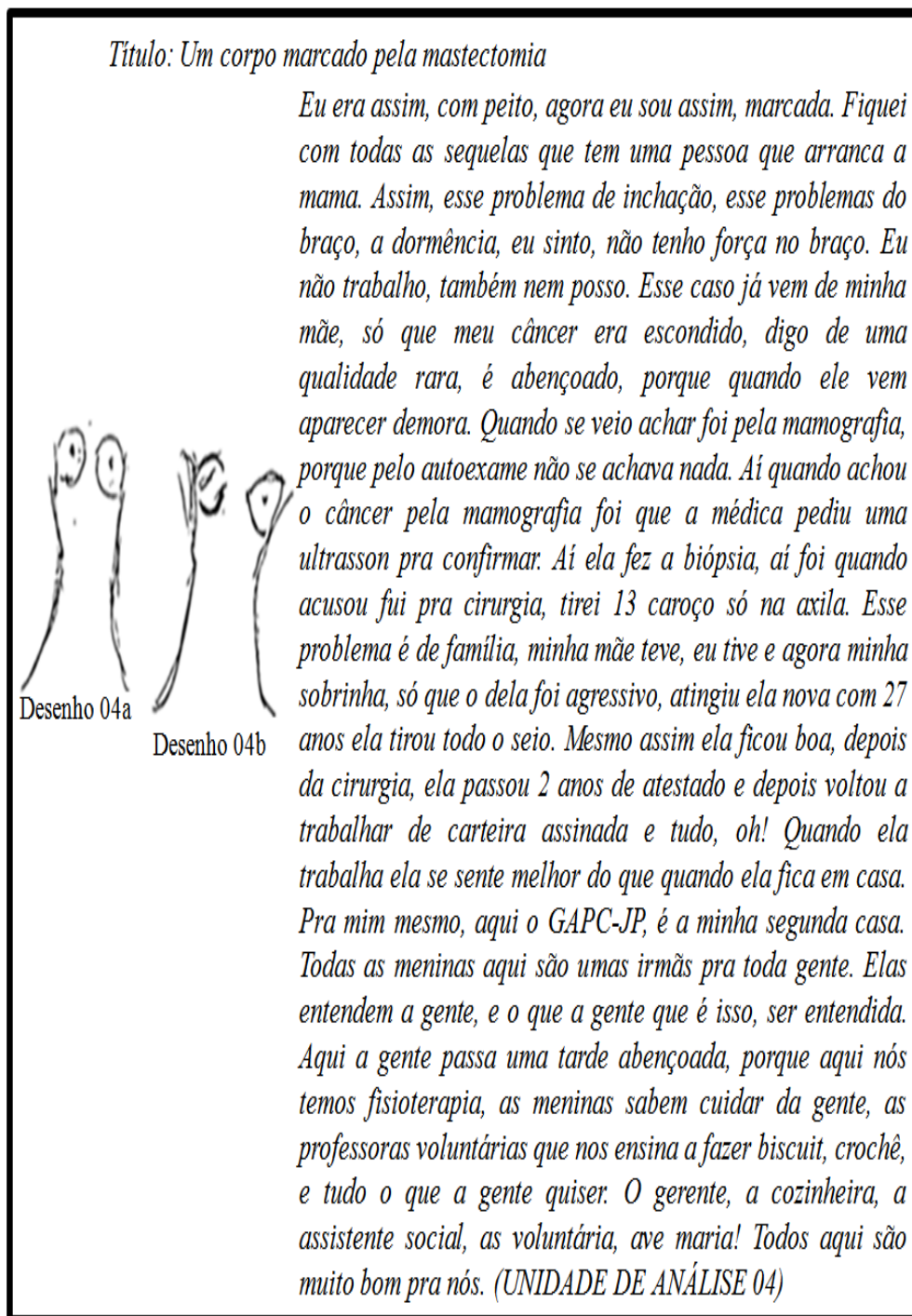


Figura 04: Desenho-estória -“Um corpo marcado pela mastectomia”

Nessas duas projeções gráficas os corpos são representados sem cabeça e sem membros superiores e inferiores, também se observa que embora o desenho contemple a silhueta até a altura dos quadris, o umbigo e a região pélvica estão ausentes. Quanto à projeção gráfica dos seios percebe-se uma diferença morfológica entre as imagens representadas e no que diz respeito ao título do desenho-estória, a participante chama atenção para o “corpo marcado pela mastectomia”.

A seguir, a figura 05 apresenta um corpo aparentemente vestido, porém despido, visto que o umbigo está à mostra e na altura da região torácica percebe-se a presença de algo que dá a conotação da presença de uma mama e em paralelo a sua ausência. Quanto à integridade da imagem corporal fica nítida a cisão entre os membros inferiores e o tronco, ao mesmo tempo em que se torna clara a assimetria entre braços e pernas. Ainda, notam-se lábios e olhos levemente voltados para o lado direito, uma cabeça sem cabelos, e certa simetria entre os membros superiores e inferiores. Através do título dirigido ao desenho-estória, a participante chama atenção para a “diferença”.

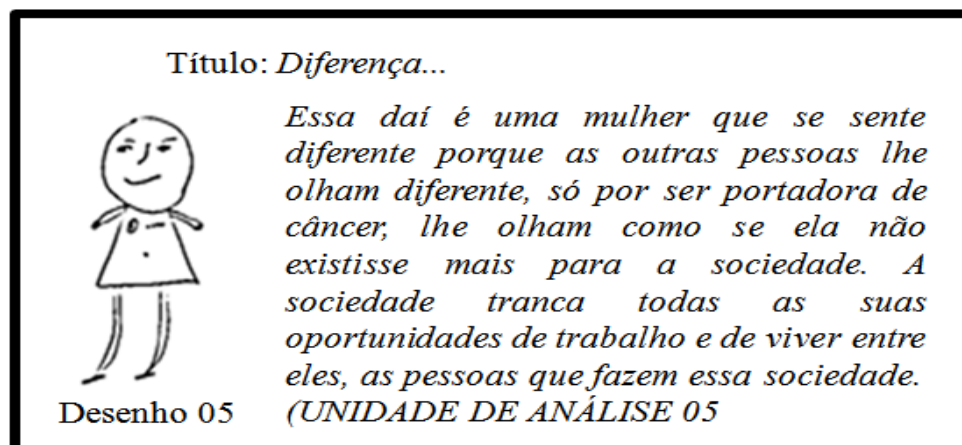


Figura 05: Desenho-estória – “Diferença...”

A sequência pode-se observar que na figura 06, a participante representa o corpo mastectomizado através da imagem de um corpo assimétrico, anatomicamente deformado. Nessa expressão gráfica percebe-se que a participante destacou os cabelos

com fios alongados e uma nítida diferença entre os membros inferiores, ou seja, a perna direita está proporcionalmente mais fina do que a esquerda. É possível perceber que o pé esquerdo foi representado, enquanto que o pé direito foi omitido. Quanto aos membros superiores, a mão direita está ausente.

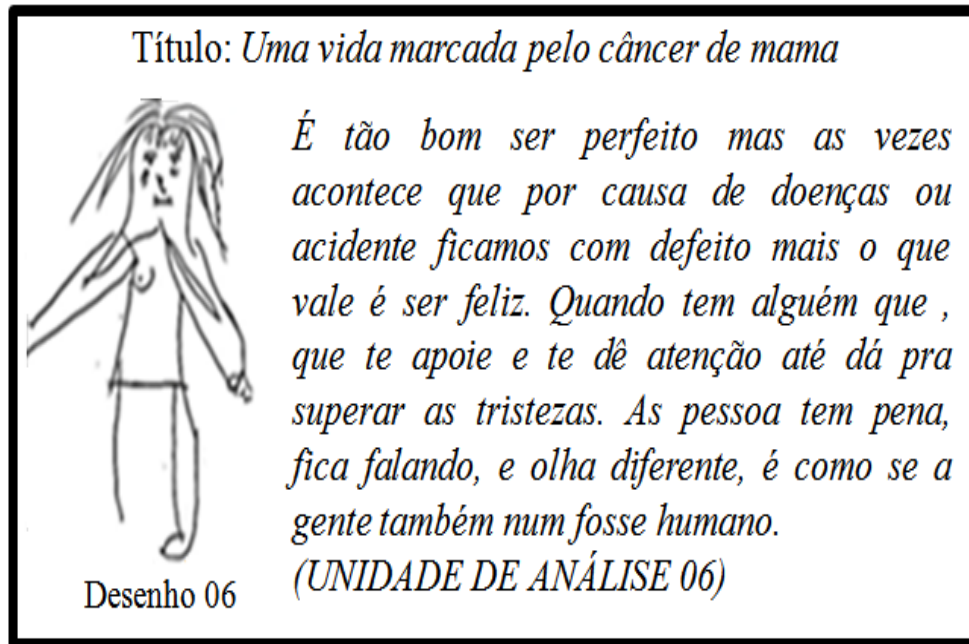


Figura 06: Desenho-estória - “Uma vida marcada pelo câncer de mama”

Ainda, no que diz respeito à figura 06, quanto aos membros superiores, nota-se que os braços estão proporcionalmente mais largos do que as pernas, e que neles há traços que dão a conotação de fissuras abertas. Esse é um desenho que retrata a imagem de um corpo nu, nele um seio está à mostra e o outro não. Pode-se pensar que para essa participante o corpo mastectomizado é dotado de sentimento, uma vez que na expressão facial há sinais de lágrimas pelo rosto. Já no que diz respeito ao título, a participante evoca as marcas deixadas pelo câncer de mama.

Quanto ao grafismo projetado na figura 07, a seguir, identifica-se a projeção da imagem de um corpo seminú. Essa projeção gráfica destaca a ausência da mama esquerda e em paralelo dá visibilidade à mama direita.

Título: Ela conseguiu!



Desenho 07

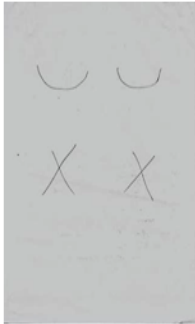
Meu desenho de uma mulher que teve câncer de mama, precisou retirar sua mama por completo, fez o tratamento a tempo e se recuperou e hoje esta aqui, saudável e pretendo fazer reconstrução da mama. Por que ela é auto astral. Tem que ter mais? Não pra mim é isso, teve o apoio da família, do esposo e encarou tudo sempre pensando no amanhã, nunca desistindo de viver nem achando que o câncer era o final de tudo. Não, mas foi uma luta árdua, mas que ela conseguiu. (UNIDADE DE ANÁLISE 07)

Figura 07: Desenho-estória - “Ela conseguiu!”

Nota-se, ainda, que enquanto a participante desenha um braço que deixa evidente a presença da mão esquerda também esconde atrás do corpo a mão direita. Trata-se de um desenho que deixa à mostra a presença de cabelos na cabeça e que na região da face apresenta um grafismo logo abaixo à linha dos olhos que dá a impressão de lágrimas, embora que através do título, a participante considere que a mulher do desenho “conseguiu”, supostamente vencer essas lágrimas.

Logo na sequência, com relação ao grafismo projetado na figura 08, fica claro que nesta projeção a ausência de uma estrutura ou esquema corporal, marca a representação do corpo mastectomizado para essa participante. Nesta figura os traços côncavos descrevem a forma icônica dos seios e logo abaixo, na mesma direção encontram-se um grafismo que indica um xis (x) duplicado, um código que aparentemente significa eliminação da forma desenhada logo acima. Com relação ao título, a participante deixa evidente uma condição de dúvida.

Título: E agora?



Desenho 08

O fato 'assim' de eu estar sem os seios não me incomodou tanto no início mesmo porque eu estava em tratamento. No tratamento você não tem vontade de nada, a quimio tira o seu raciocínio e tudo. Mas agora que eu estou levando a vida normal, eu fico pensando como vai ser quando eu quiser ter sexo com alguém. Porque eu não tenho um parceiro fixo. Como vai ser? Eu fico pensando: Será que eu vou encarar isso? Será que a pessoa que vai ta comigo vai encarar bem? Então assim, pra mim a parte sexual ficou obsoleta. Porque o seio é uma parte importante pra mulher, tanto no sexo como na amamentação. Minha prima ficou escandalizada quando me viu, mas pra ela é muito importante ser bonita, ta com o seio, aquelas coisas. Mas isso não me incomoda muito me incomoda mais é pensar "como vai ser na hora do sexo. A aceitação minha, do outro, porque é difícil pros dois, eu acho estranho. Então assim, será que eu vou ter que esperar pra fazer uma cirurgia? Os médicos tão só adiando a plástica, só adiando, e quando for fazer, será que eu vou querer fazer? Com todo o transtorno que já me disseram. Um dos médicos já me disse que eu vou ter que enfiar um 'negoço' aqui, pra inflar, pra separar a pele da carne, pra depois colocar as próteses. Será que eu quero isso mesmo? Usar prótese? Eu quero ficar sem eles? O que vai ser da vida? Então são dúvidas assim que agora me acometem mais do que ao longo desse ano passado todinho onde fiz a quimio. Eu digo assim que eu dormi seis meses do ano, que eu fiz a quimio de janeiro a julho, e depois fiz a radio, quer dizer então, até aí eu não tava pensando em nada disso. Agora que o médico mandou levar a vida normal foi que essa ideia veio na minha cabeça. Eu tenho facebook, eu coloquei assim no facebook, assim é... eu tava meio revoltada, me rasgaram... não, num foi me rasgaram não. Me cortaram, me costuraram, é... me drogaram, me queimaram, e agora dizem pra mim levar a vida normal? Como é que eu levo a vida normal depois disso tudo isso né? Continuei trabalhando, dava aula sentada, eu trabalho como professora de yoga. Meus alunos entendiam. Não chamei alunos novos, eu dava aula sentada, só levantava para corrigir as posturas e logo voltava pra sentar. É... Fiquei trabalhando, acho que se você pára com a cabeça é pior, então deixei a cabeça funcionando e fazendo aulas, ainda tentava estudar. A estratégia de superação foi o trabalho. (UNIDADE DE ANÁLISE 08)

Figura 08: Desenho-estória - "E agora?"

Na projeção gráfica da figura 09, verifica-se a imagem de um corpo aparentemente vestido, porém na parte superior, onde se localiza a região torácica, percebe-se com nitidez um sinal que indica a existência de duas mamas. Ainda, observa-se a sinais de cabelos na cabeça e uma expressão facial transfigurada. Quanto ao título do desenho-estória, a participante faz alusão a “uma mulher curada”.

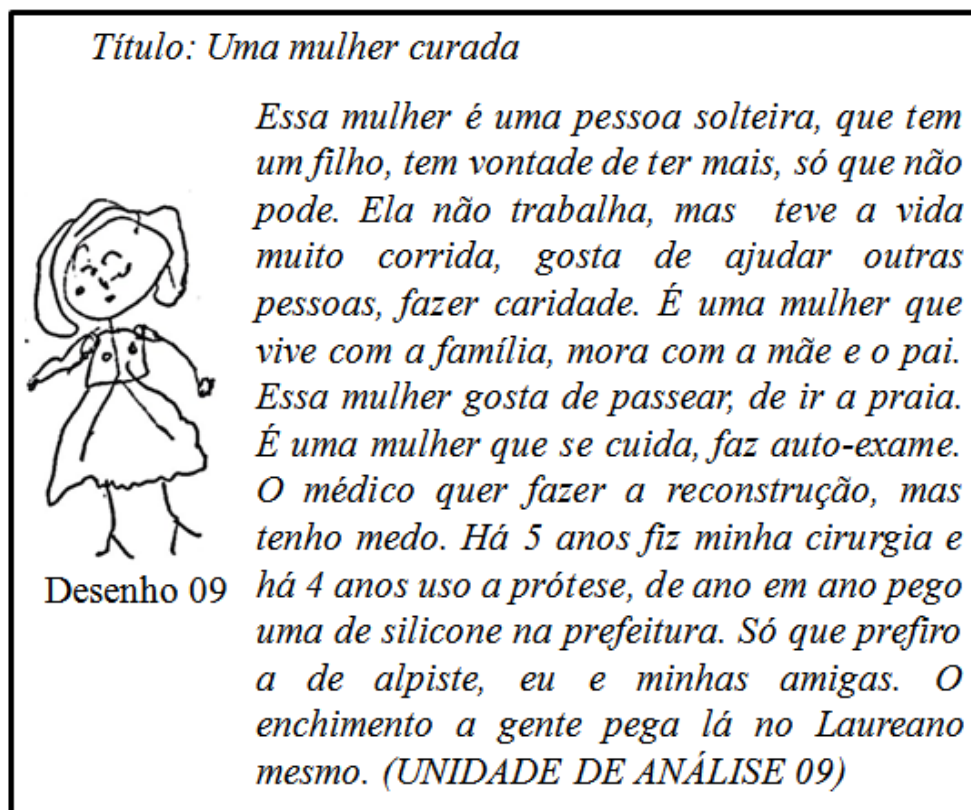



Figura 09: Desenho-estória - “Uma mulher curada”

A seguir, encontra-se a descrição da figura 10. Neste sentido, ao considerar o aspecto morfológico, percebe-se que o grafismo projetado no desenho desta figura desvela uma simetria quanto à proporção da estrutura corporal, no que concerne aos membros superiores e inferiores. Aparentemente nota-se a imagem de um corpo vestido, com vestes transparentes que revela certa simetria entre a mama esquerda e direita. Nesta imagem, identifica-se a presença de cabelos na cabeça e, quanto ao desenho da face fica evidente que o contorno labial está arqueado para cima, mesmo havendo

indícios de lágrimas escorrendo pelo rosto. Com base no título deste desenho-estória, pode-se dizer que a participante considera que é possível reinventar-se, mesmo depois de uma mastectomia em decorrência do câncer de mama.

Título: Reinventando a vida depois da mastectomia




Para mim tanto faz ter peito ou não, o importante mesmo é o interior da pessoa. Porque tem tanta gente que tem peito e se acha sem nada. O importante é se amar, se respeitar. Essa aí é uma amiga imaginária, ela é de bem com a vida, cabeça pra cima, alto astral. Não é porque a pessoa tirou a mama que vai se esquecer de viver não! Essa daí mora dentro de mim (kkkkkk). Coloquei Deus na minha vida e o resto a gente foi superando, quebrando as barreiras, o que passou, passou, xô tristeza! Eu sou essa de bem com a vida, sou muito feliz ao lado da minha família – Deus, meu esposo, e meus dois filhos que são meus tesouros. A minha relação com minha família é maravilhosa e eu consigo mesmo nem se fala, eu me amo. Minha mãe me liga, meus amigos, todos se importam comigo, todos me apoiaram. Depois que entrei no GAPC-JP minha vida mudou completamente para melhor, com certeza! Antes eu dependia do meu esposo pra tudo. Aí quando veio o câncer em 2006, meu esposo ficou desempregado e coincidiu de entrar aqui e foi quando eu aprendi a fazer as bonequinhas de pano. Hoje é disso que eu vivo e sustento minha família. Inclusive meu marido me ajuda na confecção das bonecas, pois até hoje ele tá desempregado. Aprendi até a fazer a prótese de alpiste. A minha mesmo sou eu que faço. Depois de um mês e meio mais ou menos eu fiz minha primeira prótese, essa segunda foi que peguei lá no Laureano. Minha cunhada que deu a ideia de usar a prótese, ela e minha irmã fizeram o molde e depois a gente encheu.. O fato de usar a prótese não muda nada. A de silicone mesmo só uso quando chove, pois não encaixa direito, fica um bicão, é muito feia, chama muito atenção. (UNIDADE DE ANÁLISE 10)

Desenho 10

Figura 10: Desenho-estória - “Reinventando a vida depois da mastectomia”

Com relação à figura 11, apresentada na sequência, pode-se observar que a participante ao projetar a ideia de um corpo mastectomizado, evoca a presença de cabelos na cabeça, concomitante a uma estrutura corporal assimétrica no que concerne a disposição morfológica dos membros superiores e inferiores, um corpo que aparentemente está vestido, mas que mesmo assim dá visibilidade ao ícone da feminilidade, as mamas. Quanto ao desenho da face, notam-se sinais que indicam olhos fechados, presença de nariz e ausência de boca. Ao ler o título deste desenho-estória parece que no entendimento da participante a ideia de preconceito associa-se a ideia de sofrimento e o uso de prótese está atrelado a superação.

Título: Preconceito, sofrimento, prótese e superação



Desenho11

Eu estava desenhando uma pessoa que só tinha uma mama, e que a outra foi decepada, é assim que chamam. Os próprios médicos e as próprias enfermeiras é que dizem isso. No começo foi muito difícil, quando recebi o resultado da biópsia que deu câncer de mama. Não tive vontade de jogar na frente de uma carro, como muitas fazem. Sou uma pessoa centrada.. Depois da cirurgia ainda fiz 30 radio. Depois da radio fui para a fisioterapia, aí quando foi depois uns 8 meses eu fazendo fisio eu fui lavar roupa aí inchou o braço direito da cirurgia. Desde esse dia eu vem lutando mais a fisioterapeuta que pra vê se esse braço desincha, mas já tô sabendo da notícia que não desincha não, mas pra Deus nada é impossível. Ainda depois da cirurgia não me olho no espelho por que não fiz a reconstrução. Eu uso prótese, mas é aquela de silicone, mas não é por isso, sou uma pessoas alegre, gosto de ajudar as pessoas. Tem gente por exemplo que me acha uma pessoa vencedora pelo meu modo de ser. Moro só, sou divorciada, tenho 52 anos, tenho um filho de 23 anos, como não trabalho vivo do benefício que consegui na justiça, um auxílio doença, eu que resolvo minhas coisas. E depois que entrei no GAPC-JP, minha vida melhorou, mudou muito, melhorou 100%. Aqui eu e as meninas temos tudo, fisioterapia, curso profissionalizante, cesta básica, apoio psicológico, da assistente social e do advogado. Só que existe ainda muita gente que pensa que a doença do câncer é uma doença contagiosa e se afasta da gentes, tem muita gente preconceituosa! Esse preconceito para mim é que gera o sofrimento, por exemplo, eu tenho vontade de arrumar um namorado, mas tem muita gente que não entende a limitação que a mulher fica depois de um tratamento desse. A gente não pode nada! Não pode lavar, não pode passar pano nem torcer, agora me diga como é pra uma pessoa que mora só? A gente acaba tendo que se virar. (UNIDADE DE ANÁLISE 11)

Figura 11: Desenho-estória – “Preconceito, sofrimento, prótese e superação”

Na sequência, a partir da figura 12, fica perceptível que a participante ao desenhar um corpo mastectomizado demonstra membros inferiores disformes, ao mesmo tempo em que, também, revela assimetria entre membros inferiores e superiores. Trata-se de um desenho que dá ênfase e visibilidade a presença da mama esquerda e a ausência da mama direita. Nota-se que ao produzir esse desenho, a participante omite os pés e as mãos, enquanto representa um rosto com olhos que indicam possível estado de alerta e lábios levemente torcidos, o que indica suposta preocupação. Ainda, percebe-se que no título a participante argumenta que “com prótese é melhor”.

Título: Com prótese é melhor



Desenho 12

Hoje eu não trabalho. Recebo benefício, recebo o auxílio doença, sou aposentada. Não foi fácil consegui não. Lutei tanto pra conseguir. Foi quando eu vim participar aqui do gapc que o advogado entrou com um processo, aí eu lutei, aí foi recusado, aí passou um tempo e aí depois eu dei entrada de novo e nada, agora quando eu fiz a mastectomia foi que eu consegui. Hoje eu sou satisfeita com meu corpo, também já fiz a cirurgia da mama a dezoito anos. Hoje eu uso prótese de silicone, uso uma prótese móvel que coloca no sutiã. Eu mesmo comprei, uns familiares me ajudaram a comprar a prótese, levaram eu pra comprar porque eu não queira ficar assim, só com um seio só, e tendo que andar na rua e as pessoas perceberem. Foi aí que eu resolvi comprar. Essa aí sou eu Lourde. Essa história aconteceu comigo aos trinta e dois anos quando eu fiz mastectomia, fiquei muito deprimida. Eu pensava que nada ia acontecer comigo, jovem, ainda era jovem, pra mim trinta e dois anos era jovem, mais eu lutei e consegui superar. Faz 18 anos que eu perdi a mama. Meus familiares me deram muito apoio, meu marido, até hoje faz vinte e cinco anos que eu sou casada. Tem umas consequências aí, mas tô lutando. Ah. Diarreia, uns enjoos, perda de peso, essas coisas. Até hoje também meus familiares me dão muito apoio, sofri muito mas encontro apoio na família. Teve uma vez que eu cheguei pedir até pra morrer, eles tão aí me dando força. O ano passado, o ano retrasado eu passei o natal bem dizer no hospital doente, só viva mesmo, mas esse ano graças a deus passei bem, não com muita saúde, mas passei bem. Quando descobri que eu tinha câncer de mama e quando tiraram meu peito eu não queria sair de casa, ia pra canto nenhum, mas depois eu andando assim no ônibus via uma pessoa assim só com uma perna só, assim correndo, daí pensava meu Deus e eu só com essa besteirinha tô assim né. E ele só tem uma perna, tá correndo, contente. Aí eu pensei, e voltei pra vida né. Antes não queria sair de casa nem ir pra praia, eu não queira ver ninguém, me tranquei pra mim e pro mundo. Só encontrei força em Deus pra superar né. Eu pensei assim, ter um corpo feio por causa de ter tirado o peito é besteira. Essa perda do seio. Muita gente tem câncer de mama e não fica bom, morre. Eu já passei por tanta coisa e tô aí, é isso, mais nada, tenho a dizer, mais nada. (UNIDADE DE ANÁLISE 12)

Figura 12: Desenho-estória – “Com prótese é melhor”

Na figura 13, a seguir, a participante representou o corpo mastectomizado por meio da assimetria dos membros inferiores e superiores. Ao observar a imagem como um todo, nota-se a projeção de um corpo despido de vestimentas que marca o centro da estrutura corporal através da visibilidade que é dada ao umbigo. Além disso, também, verifica-se que essa figura retrata a imagem de um corpo que marca a ausência das mamas, e a presença de uma cabeça com ralo fio de cabelo na medida em que evoca experiências subjetivas associadas a situações de “desprezo, luta, apoio, superação”.

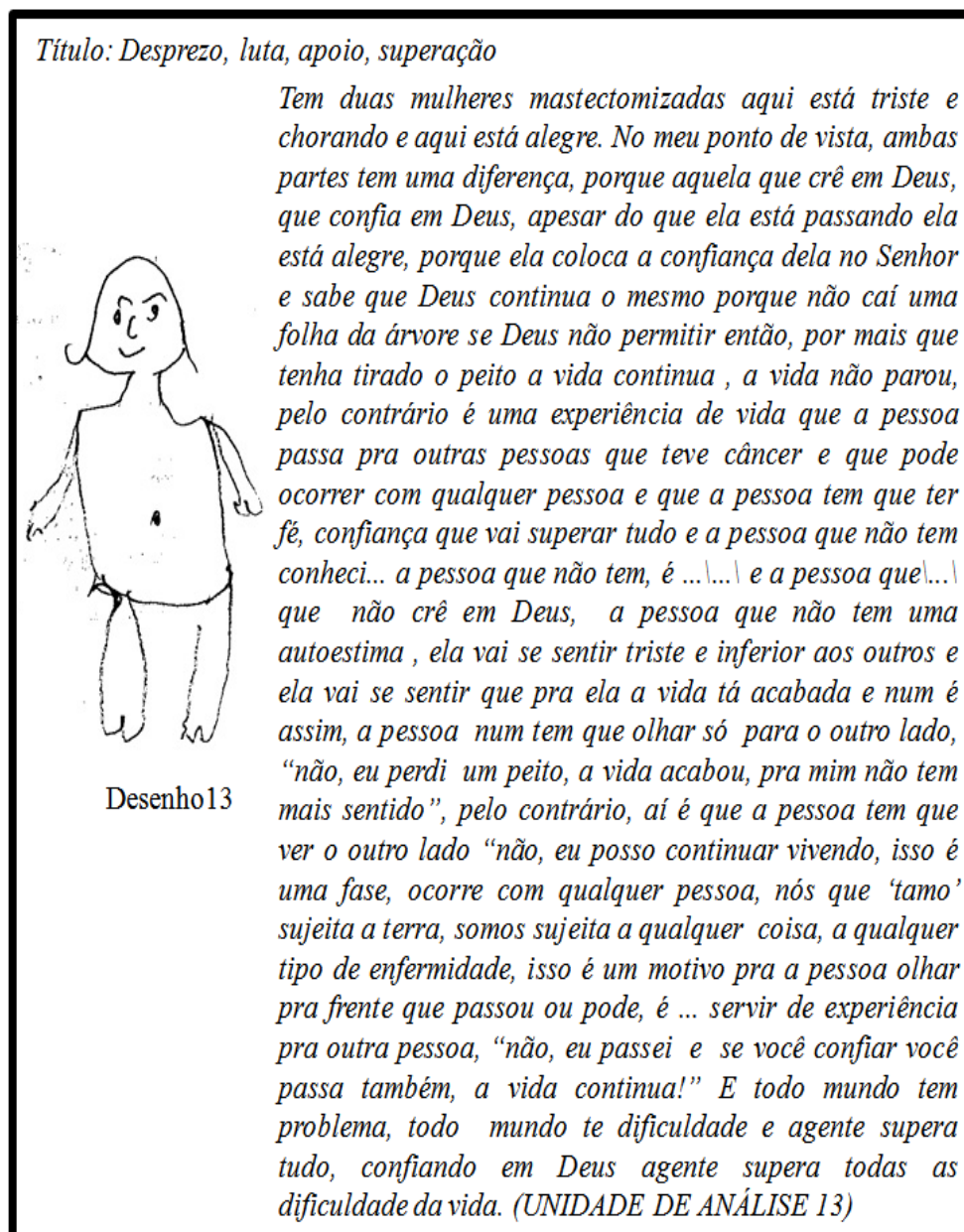


Figura 13: Desenho-estória – “Desprezo, luta, apoio, superação”

Já no desenho da figura 14, pode-se observar a seguir, que a participante projetou um corpo que esconde as mãos na parte posterior do corpo, ao mesmo tempo em que omite a presença de pernas e pés. Esse é um desenho que desvela a imagem de um corpo nu, que além de marcar a visibilidade do umbigo, deixa à mostra a mama esquerda, em paralelo, a participante desenhou algo que remete a uma cicatriz que possivelmente está associada à mastectomia. Ainda no que diz respeito, a figura 14, nota-se que a participante faz alusão a “um corpo, uma história”.

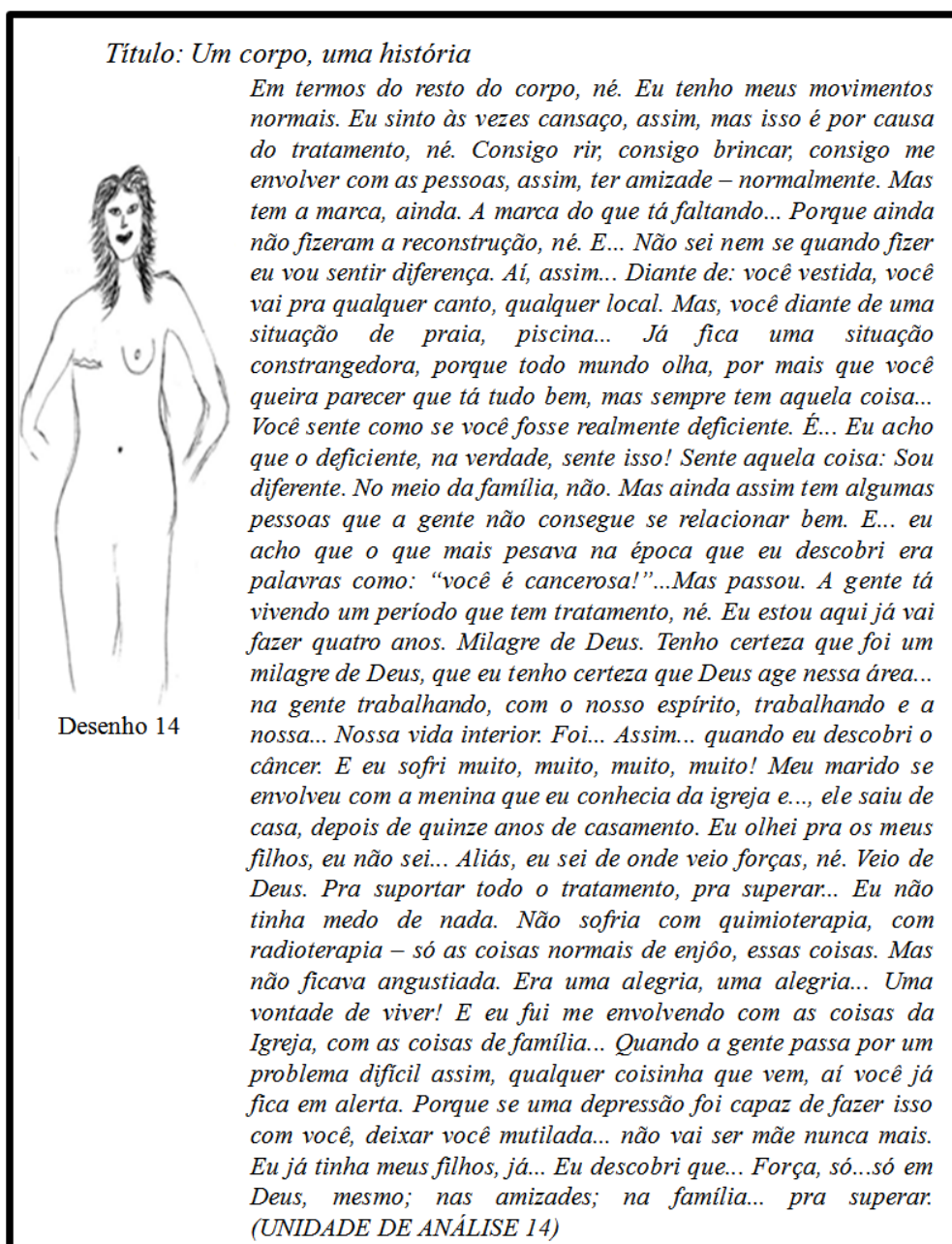


Figura 14: Desenho-estória – "Um corpo, uma história"

Título: Antes e depois da mastectomia



Essa mulher sou eu doutora. Eu tinha muito peito, minhas mamas eram grandes, aí descobri um nódulo no peito esquerdo, e aí fiz uma cirurgia, tirei um quadrante. Aí depois fui fazer radio e quimioterapia, só que tive que parar porque descobrir como se fosse areinhas no peito direito. Depois de um ano essas areinhas viraram nódulos e aí foi quando tive que tirar tudo, mas não quis fazer cirurgia de reconstrução, tive medo de dar algum problema, só uso a prótese de silicone mesmo, só quando saio na rua. Isso tudo aconteceu há 7 anos atrás. Quando descobri que eu tinha câncer nas minhas duas mamas, fiquei preocupada porque meu marido não se dava bem com a minha família, então ia ficar difícil a minha família me dá apoio. Mas aí depois, a minha mastologista conversou com ele e ele cedeu um pouco, sabe? Aí ficou mais fácil pra eu aceitar o problema e também me aproximar da minha família. Acabei conhecendo novas pessoas, fazendo amizade, me libertei, pra mim a melhor coisa que eu passei na minha vida foi o câncer. Depois da quimioterapia não sou mais a mesma, fiquei com a cabeça meio confusa, eu e minhas amigas concordamos nesse ponto. Eu nunca me lamentei não, porque nasceu um câncer, tenho amigas que não aceitam. Apesar de sentir dificuldade de fazer os serviços, pra mim o mundo acabou, ficou sem sentido. Às vezes eu fico descrente, perco até a fé. É uma dor que não tem cura, não tem esperança. (UNIDADE DE ANÁLISE 15)

Figura 15: “Antes e depois da mastectomia”

No desenho-estória que corresponde a figura 15, a seguir, pode-se observar que a participante desenhou duas imagens que, didaticamente, foram nomeadas de desenho 15a e 15b. Neste sentido, nota-se que a imagem do desenho 15a dá visibilidade a um corpo sem cabelos, com pés e mãos ausentes, seios e umbigo à mostra, com o contorno labial curvado para baixo. Em paralelo, na mesma projeção gráfica foi desenhada a imagem do desenho 15b que retrata um corpo, também, sem cabelos. Observa-se que contrário à imagem projetada no desenho 15a, o contorno labial emerge arqueado para cima. Ainda com relação à descrição da imagem deste desenho, percebe-se a ausência

dos dois seios, a esse respeito, observa-se que na altura da região torácica, onde anatomicamente são localizados os seios, há uma linha desregular e espessa.

Ainda fica perceptível a ausência das mãos, do abdômen inferior, da região pélvica e de todos os membros inferiores. Entre a representação gráfica projetada nas figuras 15a e 15b há uma nítida diferença quanto à imagem do diâmetro dos braços. E, no que concerne ao título do desenho-estória, fica evidente a conotação dada ao tratamento cirúrgico que prevê a retirada total da(s) mama(s).

Já no que se refere ao grafismo projetado na figura 16, ainda há de se registrar que a cabeça está desenhada de forma a contemplar cabelos, olhos, sobrancelhas, nariz, boca, queixo e orelhas, ao mesmo tempo em que os membros inferiores e superiores são retratados de forma dismorse. Essa projeção gráfica também esboça um corpo coberto por vestimentas que denotam sutil transparência, o que permite a visibilidade do umbigo e da mama direita e a ausência da mama esquerda. Ao compor o título do desenho-estória sobre o corpo mastectomizado a participante lembra que “é só ter fé!”.

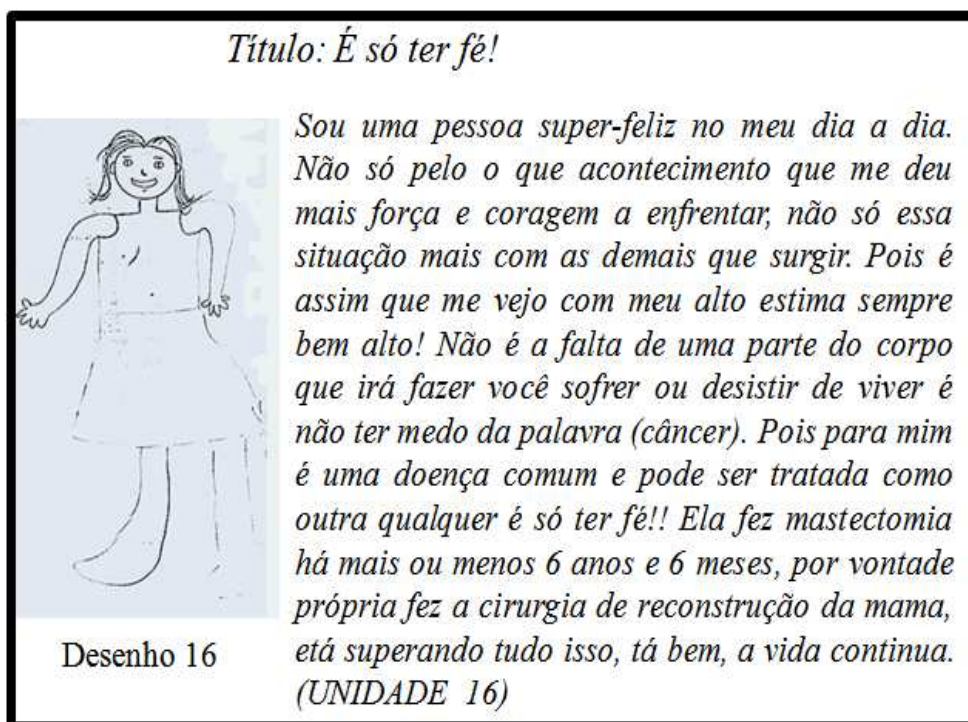


Figura 16: “É só ter fé!”

No que diz respeito à ilustração da figura 17, percebe-se que a participante desenhou um corpo apoiado aparentemente numa base pontiaguda, ao mesmo tempo em que expressa pernas mais alongadas do que o tronco e uma estrutura corporal que embora pareça está coberta por vestimenta, deixa o umbigo à mostra, passando a ideia de que as mamas estão ausentes. Ainda, com relação ao desenho da Figura 17, nota-se a imagem de um rosto virado de lado, e de uma cabeça adornada com cabelos. Ao nomear esse desenho-estória a participante evoca o conceito de “liberdade”.

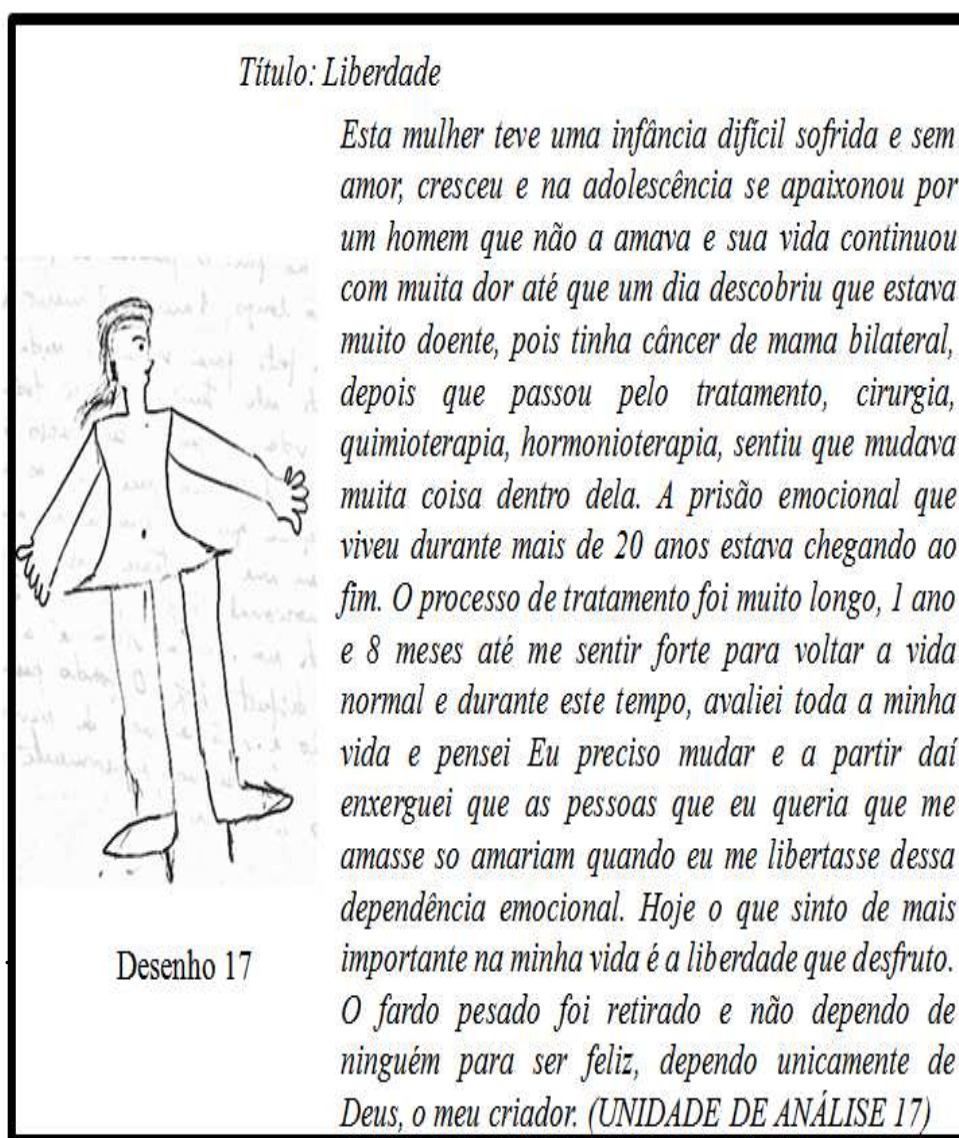


Figura 17: Desenho-estória – “Liberdade”

Título: Uma mulher abandonada pela família e cuidada por Deus



Desenho 18

Ela está dormindo, um pouco triste porque ela está doente, com dores na cabeça, por causa das preocupações. Ela está preocupada com os exames que vai fazer. Não trabalho só recebo o benefício do auxílio doença. Tá difícil para fazer o exame porque tá muito caro a ressonância, não tenho ajuda, mas hoje Deus enviou uma serva do Senhor que pegou meus documentos e ficou de me ajudar. Bem, essa daí do desenho penso que sou eu. Há 5 anos atrás passei pelo tratamento do câncer de mama. Não fiz a reconstrução, tenho medo e fazer, piorar e da doença voltar e ter que passar pelo tratamento de novo. Pra disfarçar o vazio uso um paninho, a prótese de silicone é pesada e dói, fica artificial, fica muito grande. Quando chego no GAPC-JP me sinto muito bem, porque as meninas me tratam muito bem; as vezes vem uma tristeza, mas aí a gente ora e fica tudo bem! Ela se sente muito desprezada da família, porque a família num entra lá em casa, minhas irmã não vai na minha casa. o desprezo da minha família foi depois que minha mãe morreu. Morava com uma sobrinha e um sobrinho, criei esses dois meninos que foram embora e não dão mais notícia, esqueceram de mim. Hoje só não fico só porque venho pra cá pro GAPC-JP e hoje tenho uma colega que também mora lá em casa, uma senhora que apareceu, ela está doente, mas tô dando a maior força a ela. (UNIDADE DE ANÁLISE 18)

Figura 18: Desenho-estória – “Uma mulher abandonada pela família e cuidada por Deus”

Na figura 18, a participante projeta uma silhueta marcada pela vestimenta, assim como na figura 17, observam-se as pernas mais alongadas do que o tronco, a presença de cabelos na cabeça, pés cobertos por sapatos, mãos à mostra e os braços abertos. Quanto à imagem da fisionomia verifica-se que o contorno dos olhos indica que estão fechados enquanto que o contorno labial está curvado para cima indicando sinal de alegria. Ainda nota-se que a participante ao nomear o desenho-estória chama atenção para a realidade de “uma mulher abandonada pela família e cuidada por Deus”.

A seguir, o desenho da figura 19, retrata a imagem de uma mulher que evidencia sinais de alegria através expressão facial. É um desenho que demonstra certa simetria entre os membros superiores e inferiores, embora as mãos tenham sido suprimidas. Ainda, com relação a esta figura, nota-se que ao representar o corpo mastectomizado a participante considera a presença de poucos cabelos na cabeça, e a crença de que “se Deus é por mim, ninguém é contra mim”, escolhida como título.

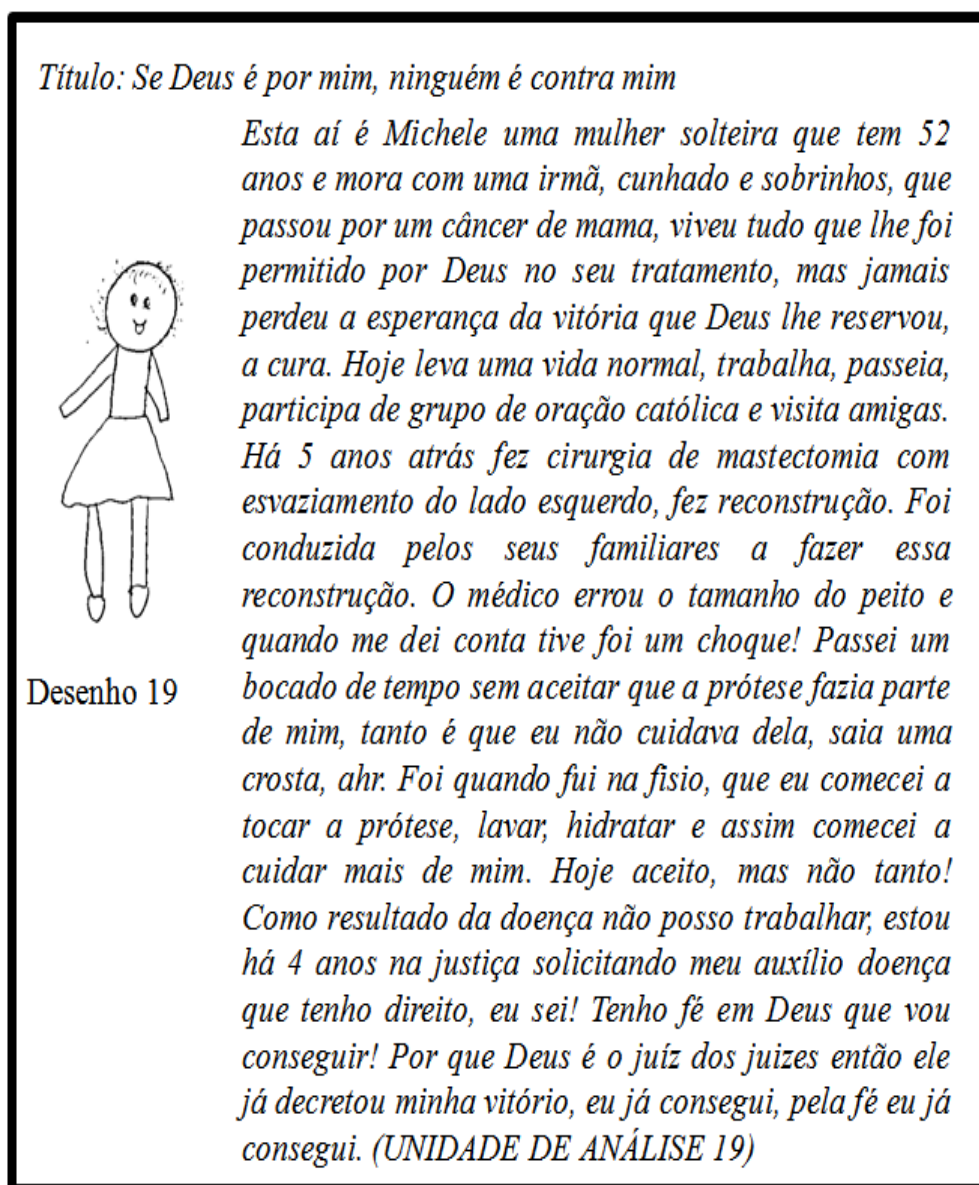


Figura 19: Desenho-estória – “Se Deus é por mim ninguém é contra mim”

Título: Deus cuida dessa mulher



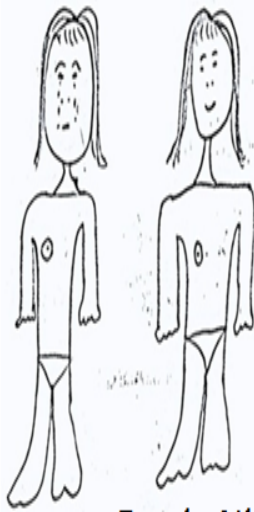
Desenho 20

Essa mulher aí é eu, Ivonete, com 52 anos. Em 2003 eu fiz um autoexame na mama e descobri que estava com câncer de mama. Na hora que eu soube eu fiquei muito desesperada, mas com a graça de Deus eu superei. Foi muito difícil, porque me senti só, eu achava que tudo tava perdido, sabe porque? O ser humano é muito difícil de entender a gente. Eu estou aqui contando a minha história que foi uma lição de vida para eu poder crescer, porque no momento que a gente recebe uma notícia dessa só Deus na nossa vida. Quando soube que tinha que fazer uma cirurgia fiquei muito surpresa, porque não sabia que o problema era grave. De primeira não aceitei o diagnóstico, porque é uma notícia muito delicada, hora que recebi a notícia pensei que fosse a morte. Nunca pensei que fosse passar por um quadro desse. É muito difícil e doloroso. A gente pensa muito nos filhos, eu achava que eu ia morrer, sofri muito. Depois que me recuperei da cirurgia foi que eu entendi o que Jesus pode fazer na nossa vida. Só Ele faz com que a gente veja a vida melhor com outros olhos. Depois de passar por tudo isso conheci a ONG “amigos do peito” e o GAPC-JP. Foi quando eu me levantei de tudo isso que passei, porque com a ajuda de Deus e da ONG e das pessoas que trabalham nela é que estou aqui contando a história. Os médicos que me acompanharam nas minhas cirurgias, porque não fiz uma só não. Foi uma equipe muito qualificada que me acompanhou, levantaram minha auto-estima. Por exemplo: a reconstrução só foi feita porque a médica deu muita força pra eu fazer! Embora que não tenha tido êxito, digo satisfeita com o resultado, digo as cicatrizes no meu corpo, estou bem. Os médicos queriam que eu voltasse pra sala de cirurgia pra eles ajeitarem as cicatrizes, mas disse: quero mais não, pois como não tive suporte da minha família, nem dos amigos, eu me sentia muito só. Faltava algo. No hospital não recebi nenhuma visita, com exceção do meu marido, meu filho e minha filha. Pensei que eu ia ter uma família que ia pegar na minha mão até o fim. E como não tive minha auto-estima desandou. As pessoas tem muito preconceito. (UNIDADE DE ANÁLISE 20)

Figura 20: Desenho-estória – “Deus cuida dessa mulher”

Com base na figura 20, verifica-se que ao representar o corpo mastectomizado a participante desenha uma silhueta visivelmente marcada por roupas que deixam as mamas à mostra. O retrato da face deixa evidente a ausência dos lábios, enquanto que o contorno da cabeça marca a presença de poucos fios de cabelo. Ao nomear o desenho-estória a participante evoca a ideia de ser cuidada por Deus.

Titulo: Fé e confiança em Deus



Desenho 21a

Desenho 21b

Tem duas mulheres mastectomizadas a que está triste e chorando e a que está alegre. No meu ponto de vista, ambas partes tem uma diferença, porque aquela que crê em Deus, que confia em Deus, apesar do que ela está passando ela está alegre, porque ela coloca Deus em tudo o que faz., Ela coloca a confiança em Deus e sabe que Deus, continua sendo o mesmo por que Deus não permite que uma folha de uma árvore caia no chão sem a sua permissão. Então, por mais que tenham tirado o meu peito a vida continua, a vida não pára e não parou pra mim, pelo contrário é uma experiência de vida que a pessoa passa pra outras pessoas. O câncer pode pegar qualquer pessoa, mas se a pessoa tem fé e confiança ela vai superar. Eu superei! Agora a pessoa que não crê em Deus, a pessoa que tem a autoestima baixa, essa pessoa tem tudo pra ficar triste, vai se sentir inferior, vai sentir que a vida pra ela tá acabada. Eu que dizer ainda que a pessoa num tem que olhar só pra o outro lado não, por exemplo, eu perdi um peito, a vida acabou, a vida num tem mais sentido, são frases que num pode existir na nossa cabeça. A pessoa tem que pensar assim, eu perdi um peito, mas a vida continua, eu vou superar é só uma fase, podia acontecer com qualquer mulher, Deus me ama tem promessa de vida pra mim. Assim, se eu passei pelo vale, você também vai passar. Todo mundo tem problema, todo mundo tem dificuldade, e a gente com fé em Deus supera todas as dificuldades da vida. (UNIDADE DE ANÁLISE 21)

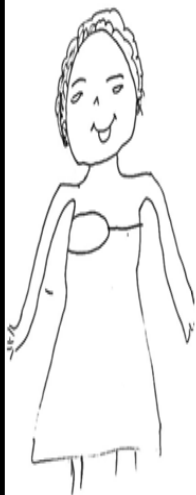
Figura 21: Desenho-estória – “Fé e confiança em Deus”

Com base nas imagens projetadas na figura 21, pode-se verificar que os desenhos 21a e 21b apresentam uma aparente semelhança no que concerne ao aspecto morfológico da estrutura corporal. Ambas as imagens indicam uma pessoa com a mesma estatura e com traços faciais semelhantes, o que deixa nítido que pode tratar-se da mesma pessoa, uma vez que, tanto o desenho 21a quanto o desenho 21b, representam um corpo seminu com a mama direita à mostra em cada estrutura corporal, ao mesmo tempo em que se tornam nítidas a ausência da mama esquerda nas duas imagens.

Ainda com relação à figura 21, observa-se um ponto divergente entre os desenhos 21a e 21b, neste sentido constata-se que a expressão gráfica do desenho 21a corresponde a uma expressão facial que indica sinais de tristeza, justificada pela presença de lágrimas desenhadas sobre rosto, enquanto a outra imagem projeta lábios arqueados pra cima indicando um sorriso, embora os olhos estejam desenhados de tal forma que a expressão do olhar voltada para baixo e para o lado direito dão indícios de uma emoção contrária. No que concerne ao título, a participante ao colocar-se de frente ao desenho-estória do corpo mastectomizado se lembra da “fé e confiança em Deus”.

No desenho da figura 22, embora não apresente os pés e esconda parte das mãos, a participante expressa graficamente certa simetria corporal. É uma projeção que na medida em que dá visibilidade a ausência da mama esquerda e aos contornos que dão a ideia da presença corporal da mama direita se refere a uma imagem corporal coberta por um vestido ‘tomara que caia’ que ao marcar a silhueta, também torna evidente a assimetria que deixa sinaliza a lacuna deixada pela retirada da mama. Ainda, com relação a figura 22, nota-se que a participante ao representar o corpo mastectomizado, deixa nítida a expressão facial que indica emoção positiva com conotação de alegria face à disposição dos lábios no rosto, neste sentido, a partir do título dado a esse desenho-estória ela diz: “essa sou eu, uma pessoa normal!”.

Título: Essa aí sou eu, uma pessoa normal!



Desenho 22

Essa daí sou eu, assim uma hora feliz, outra hora triste. É, outra hora eu me sinto assim por dentro aquela alegria pra fazer minhas tarefas de casa, lavar roupa. Apesar do meu limite varro minha casa, lavo banheiro, faço minha comida, só que tem hora que eu fico pensando na minha vida aí eu choro, porque minha vida era muito corrida, antes tinha meu emprego, trabalhava tomando conta de idosos, tinha meu salário, era independente. De repente veio um câncer na mama esquerda. Na época eu morava com meu marido, aliás ele nunca me deixou. Somos casados há mais ou menos uns 30 anos. Em 2009 que eu descobri a doença, na verdade, foi meu marido, lá na hora do rala e rola, ele sentiu um caroço e falou pra eu procurar uma mamografia. A minha preocupação era se meu marido ia me deixar. Quando fiz o autoexame no banho eu notei que ali tinha um caroço, então só pra confirmar fui na médica com meu esposo. Depois da mamografia fiquei perdida, fiz a biópsia, aí deu. A médica disse que eu tinha que tirar logo, aí eu mesma disse a ela: não tem problema não pode tirar tudo, quero mesmo é ficar curada! Depois que fiz a cirurgia me sinto uma pessoa normal. E graças a Deus eu estou aqui. Eu sou uma pessoa normal porque eu aceitei tudo, perder o cabelo, tirar a mama. Todo o processo. Depois da cirurgia eu fiz quimio, radio, tive alta, fiz novos exames e deu tudo normal. Hoje, quando não tá chovendo, uso prótese de alpiste pra evitar o preconceito. O preconceito é o que mais dói na gente que tem esse problema! E, no dia que chove uso a prótese de silicone, aquela que pega na prefeitura. Hoje faço o autoexame, eu me cuido! Também depois da cirurgia mudou um pouco a relação, mais eu, porque eu penso assim, eu tenho vergonha na hora do sexo, de fazer amor, fico com medo de bater, fico protegendo, aí ele diz: fica mais solta! Só que eu fico, mas tenho que proteger. Tem vez que eu penso que ele me trata como uma pessoa doente, aí digo pra ele: oxe! Num tô doente não visse! Ele diz: eu sei! Só quero te proteger. Parece até que ele me trata como se eu fosse uma criança que não sabe se cuidar. Por outro lado, quando vou num lugar, ele vai também, ele diz: cuidado, cuidado, num pode pegar peso não por causa do braço. Meu marido vai comigo para todos os lugares, para o médico, para o exame. Ele não quer que eu fique só em casa, porque ele diz que é pra mim não ter problema com os outros. Eu moro com minha nora, aí tem vez que ela me grita, ela é muito rude. (UNIDADE DE ANÁLISE 22)

Figura 22: Desenho-estória – “Essa aí sou eu, uma pessoa normal!”

Título: Essa é Maria



Desenho 23

Eu Maria, tenho 52 anos, nunca me casei, tenho 3 filhos casados que não moram mais comigo, fui mastectomizada há 4 anos atrás, na época foi assim muito difícil, fui abandonada pelo meu namorado, ele disse que sou inútil só porque tive que tirar uma mama, mais com à ajuda das pessoas, amáveis, consegui superar todos os obstáculos, referente à este mal, insuportável. Eu não quis fazer a cirurgia de reconstrução não, fiquei com muito medo, porque muitas amigas que fizeram morreram. O que eu uso é uma prótese que todo ano eu pego na prefeitura. Mas hoje me considero, feliz, abençoada e grata à Deus por tudo, que ele tem feito por mim. Os meus amigos, mais próximo me deram bastante apoio, como: o amigo do peito, um grupo coordenado por Fátima e o grupo das pessoas que à tempo não vejo todas as minhas amigas. Também o GAPC-JP, que fez o impossível para me ver curada comprou remédios, pagou pessoas para cuidar de mim, e enquanto os meus familiares, acharam que eu ia morrer, até mandou comprar caixão. Só que o Senhor Deus é mais, Ele é o Do da vida. É, hoje estou recuperada, curada e feliz por todas as coisas boas, que depois deste câncer passado; Jesus me proporcionou. (UNIDADE DE ANÁLISE 23)

Figura 23: Desenho-estória – “Essa é Maria”

Há de se registrar que na figura 23, a participante, ao representar graficamente o corpo mastectomizado faz alusão a um corpo que denota certa simetria ao apresentar-se coberto por um vestido. Destarte, na altura da região torácica onde se localizam os seios, deixa transparecer, no lado esquerdo, um ícone que codifica a expressão de uma cicatriz decorrente da retirada da mama através da mastectomia e em paralelo, no lado direito, observa-se outro ícone que lembra a forma de um seio. Quanto à projeção dos membros superiores, percebe-se que a participante desenha o braço esquerdo mais largo e mais encurtado do que o direito. Neste desenho, ainda, percebe-se a presença discreta de cabelos na cabeça e conforme representado nas figuras até aqui descritas, este é um corpo que não conta com uma estrutura física, que dê suporte a sustentação corporal.

Em seguida, para contemplar o objetivo específico que visa identificar as objetivações e ancoragens associadas ao corpo mastectomizado será apresentada a descrição das categorias do agrupamento dos grafismos e aproximações dos recortes semânticos provenientes dos títulos e das unidades de análise correspondentes aos desenhos-estória. Neste sentido, cabe esclarecer que foram construídas a partir do agrupamento dos desenhos e dos recortes temáticos provenientes das aproximações semânticas extraídas das unidades de análise.

b) Descrição do agrupamento dos grafismos e recortes semânticos por categorias

Após a decodificação dos grafismos e da leitura dos títulos dos desenhos-estória identificaram-se blocos de desenhos que foram agrupados por similitude gráfica e verbal. Ao proceder com a leitura flutuante das estórias, verificou-se uma variedade temática entre os conteúdos de cada narrativa. E só depois da decomposição do *corpus*, seleção dos recortes semânticos das unidades de análise, os resultados deste estudo agrupado em três categorias e 12 subcategorias simbólicas (ver Figura 24), que foram definidas, codificadas e validadas internamente por três juízes (pesquisadores) que tem experiência com esse instrumento de investigação.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1ª categoria <i>Estigmatização</i>	1.1. Corpo estereotipado
	1.2. Abandono Familiar
	1.3. Exclusão Social
	1.4. Autodiscriminação
2ª categoria <i>Ajustamento Social</i>	2.1. Uso de prótese
	2.2. Reconstrução mamária
	2.3. Plasticidade atitudinal
3ª categoria <i>Redes de suporte</i>	3.1. Autocuidado
	3.2. Suporte multiprofissional
	3.3. Suporte social e familiar
	3.4. Suporte Instrumental
	3.5. Suporte Espiritual

Figura 24: Distribuição das categorias e subcategorias

A similitude gráfica associada aos desenhos agrupados na primeira categoria denominada *estigmatização* demonstrou que para as participantes desta pesquisa ao representarem o corpo mastectomizado evocam uma imagem corporal assimétrica marcada pela nudez que dá visibilidade a ausência da mama. Os elementos figurativos associados a esta categoria também destacam a ausência de cabelos na cabeça, a ideia de corpo fantasmagórico. Ainda, percebe-se que as aproximações semânticas dos recortes temáticos agrupados nessa categoria desvelam o corpo mastectomizado objetivado na ideia de *corpo estereotipado; abandono familiar; exclusão social e autodiscriminação* (ver Figura 25).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	AGRUPAMENTO DOS RECORTES SEMÂNTICOS
1ª categoria <i>Estigmatização</i>	Corpo estereotipado	“... a pessoa olha e a gente se sente diferente (10); agora sou assim marcada (10); a família se afastou (23); não tive apoio dos meus amigos (5); meus familiares acharam que eu ia morrer (12); a sociedade tranca toda a oportunidade de trabalho (9) e convívio social (13); só por ser portadora de câncer de mama (6); o preconceito é o que mais dói (12); tem pessoas que trata o câncer como doença contagiosa (18); tem muita gente que não entende a limitação que a mulher fica depois do tratamento (21); sou diferente (15)”
	Abandono Familiar	
	Exclusão Social	
	Autodiscriminação	
AGRUPAMENTO DOS DESENHOS POR SIMILITUDE		
Desenho 01	Desenho 02	Desenho 03
		Desenho 04a
		Desenho 04b
		Desenho 05

Figura 25: Distribuição dos desenhos e dos recortes semânticos associado à primeira categoria - *Estigmatização*

Na sequência, através das similitudes gráficas que compõem a segunda categoria empírica, denominada de *estratégias de ajustamento social*, foi possível identificar elementos figurativos que se referem à estrutura corporal, a expressão facial, a presença de cabelos e a visibilidade do ícone da feminilidade a(s) mama(s). A partir da leitura flutuante das unidades de análises também foi possível recortar campos semânticos que desvelam o *uso de prótese*, a *reconstrução mamária* e a *plasticidade atitudinal* como estratégias de superação frente aos infortúnios gerados pelo câncer de mama e pela mastectomia (ver Figura 26).

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	AGRUPAMENTO DOS RECORTES SEMÂNTICOS
2ª categoria <i>Ajustamento Social</i>	Uso de prótese	“... quando saio na rua uso a prótese de silicone (13); quando não está chovendo uso a prótese de alpiste (15); uso a prótese de alpiste para evitar o preconceito (18); prefiro a de alpiste (15); uso a de alpiste porque a de silicone dói – é grande (11); é tão bom ser perfeito (12); o médico quem quis fazer a reconstrução (6); fui conduzida pelos familiares para fazer a reconstrução (4); por vontade própria fiz a cirurgia para reconstrução da mama (3); não é a falta de uma parte do corpo que irá fazer você sofrer ou desistir de viver (8); ajudo outras pessoas (12); voltou a trabalhar (7);
	Reconstrução mamária	
	Plasticidade atitudinal	


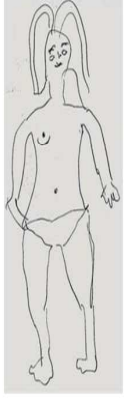





AGRUPAMENTO DOS DESENHOS POR SIMILITUDE						
						
Desenho 06	Desenho 07	Desenho 08	Desenho 09	Desenho 10	Desenho 11	Desenho 12

Figura 26: Distribuição dos desenhos e dos recortes semânticos associado à segunda categoria -*Ajustamento Social*

Para finalizar a descrição dos resultados apreendidos por meio da Técnica do Desenho-estória com tema será apresentado o agrupamento dos desenhos (15a, 15b, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23) e recortes semânticos associados à terceira categoria, denominada *rede de suporte*. As participantes deste estudo ao representar graficamente o corpo mastectomizado, nesta categoria, evocam a ideia de um corpo aparentemente vestido, que dá visibilidade a ausência das mamas, embora esteja de braços abertos, com membros superiores e inferiores representados morfologicamente proporcionais.







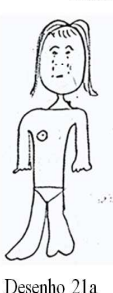
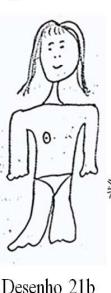


CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	AGRUPAMENTO DOS RECORTES SEMÂNTICOS			
3ª categoria Redes de suporte	Autocuidado	“... faço exames de ano em ano (23); a médica pediu ultrassonografia pra confirmar (11); pediu biópsia (6); médica disse que eu tinha que começar logo o tratamento (7); os médicos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiras, me ajudaram no tratamento (15); na fisioterapia comecei a tocar a prótese (15); no GAPC temos apoio multiprofissional(10); vive com a família (14); minha família me apoiou (12); quando têm alguém que apoie dá pra superar as tristezas (10); meus amigos se importam comigo (7); vivo do benefício (6); o GAPC é nossa segunda casa (9); temos curso profissionalizante (1); todos sabem cuidar da gente (15); depois que entre no GAPC, minha vida mudou para melhor acabei conhecendo pessoas (11); só Deus ajudou ela (18); graças a Deus hoje não sinto nada (20); depois da cirurgia entendi o que Jesus pode fazer na nossa vida (17); é só ter fé (22)”			
	Suporte multiprofissional				
	Suporte social e familiar				
	Suporte Instrumental				
	Suporte Espiritual				
AGRUPAMENTO DOS DESENHOS POR SIMILITUDE					
					
					

Figura 27: Distribuição dos desenhos e dos recortes semânticos associado à terceira categoria -*Rede de Suporte*

Com base na leitura dos recortes semânticos agrupados na terceira categoria, percebe-se que as participantes ao representarem graficamente o corpo mastectomizado, evocam uma linguagem imagética ao desvelar a necessidade de uma rede de suporte que objetiva-se por meio do *autocuidado* e dos *cuidados multiprofissionais*, associados ao *suporte social e familiar; instrumental e espiritual*.

6.3 DESCRIÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

O tratamento padrão do *software* Alceste identificou um *corpus* constituído de 21 Unidades de Contexto Inicial (UCIs), ou entrevistas totalizando 69.452 ocorrências, sendo 4.177 palavras diferentes com média de 17 ocorrências por palavra e efeito máximo de 4.113 ocorrências em uma palavra, o *software* ainda gerou 1.046 Unidades de Contexto Elementar (UCEs), contendo 849 palavras, formas ou vocábulos distintos. Após a redução do vocabulário às suas raízes lexicais, verificou-se que das 894 palavras, 445 eram analisáveis (ver Figura 28), considerando-se o número de no mínimo 19 ocorrências para a definição de uma Unidade de Contexto Elementar (u.c.e), e o número médio de 21,74 palavras analisadas por u.c.e.

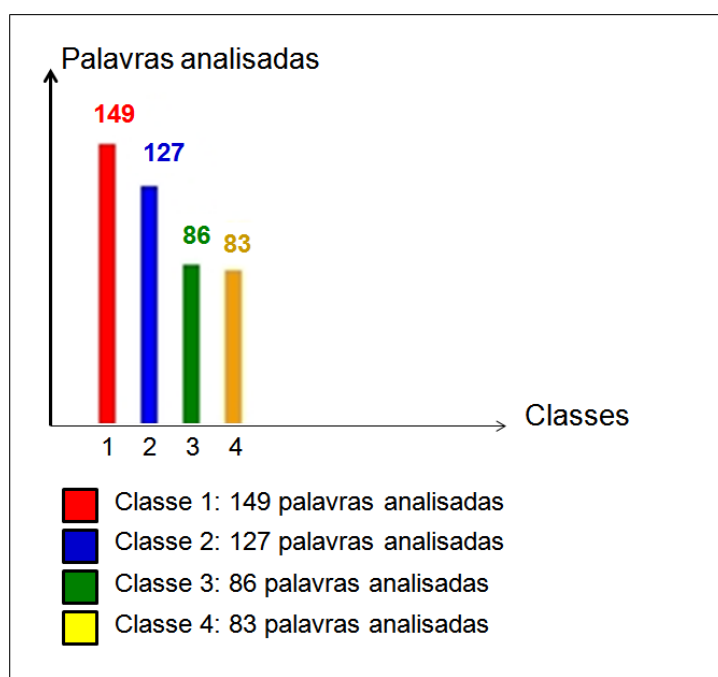


Figura 28: Número de palavras analisadas por Classe

Vale salientar que, seguindo o critério estabelecido pelo Alceste, foram desconsiderados do corpus de análise os vocábulos com frequência igual ou inferior a três ocorrências por u.c.e., e $\chi^2 \geq 3,84$. A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das representações sociais do corpo mastectomizado reteve 98,85% do total das UCEs do *corpus*, organizadas em quatro classes. Neste direcionamento, ao observar o dendrograma da CHD (ver Figura 29), observa-se o título de cada uma das classes, seguido pelo número de u.c.e. que a compõem, o percentual de aproveitamento, a descrição da classe, assim como as variáveis descritivas e as palavras de maior associação com a referida classe, levando-se em consideração o coeficiente obtido através da frequência absoluta e do coeficiente obtido no teste de associação χ^2 . Há de se registrar ainda que para a elaboração do dendrograma foram tomadas como referência as palavras com $\chi^2 \geq 5$ ($p=0,025$).

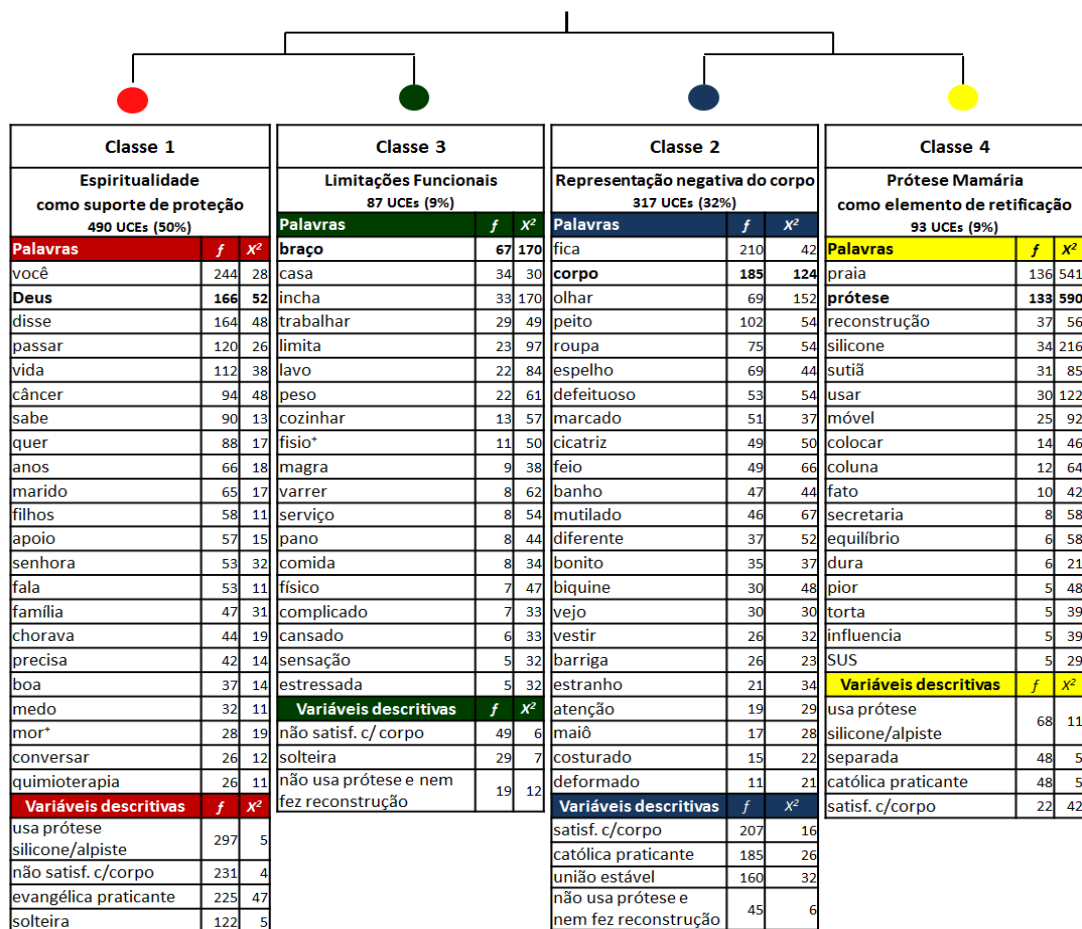


Figura 29: Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente – representações sociais do corpo mastectomizado (n=21)

Destaca-se que, neste dendrograma, as representações sociais do corpo mastectomizado estruturam-se em dois campos representacionais, a saber: o primeiro, localizado à margem direita do dendrograma, denominado *Rede de Suporte e Limitações Funcionais*, aglutinou a Classe 1 (Espiritualidade como suporte de Proteção) e a Classe 3 (Limitações funcionais); o segundo, localizado na margem oposta, denomina-se *Estigma e Ajustamento Social*, o mesmo agrupou a Classe 2 (Representação Negativa do Corpo) e a Classe 4 (Prótese: ícone de retificação).

As classes foram formadas com, no mínimo, 69 UCEs. Os resultados da CHD, apresentados no dendrograma, evidenciam a indissociabilidade entre o sujeito da representação, o objeto representado e o contexto social onde foram elaboradas as representações sociais. A seguir, de forma sistemática será apresentada a descrição dos resultados concernentes aos campos representacionais e classes temáticas.

Rede de Suporte e Limitações Funcionais (Classes 1 e 3)

Ao considerar os vocábulos associados às classes temáticas 1 e 3, pode-se compreender que a ideia de rede de suporte associa-se à modalidades de cuidado que visem abrir espaços de conversação frente ao diagnóstico e ao tratamento de câncer de mama. Já o contexto das limitações funcionais reúne dificuldades existenciais experimentadas, no cotidiano, através do corpo enquanto estrutura física. Portanto, a partir deste campo representacional, pode-se pensar que os enunciados associados ao corpo mastectomizado desvelam esse corpo como lócus comunicacional, ao mesmo tempo em que objetiva-o como ícone que demanda cuidado integral.

Classe 1: Espiritualidade como suporte de proteção

A partir do número de u.c.e. que estrutura esta classe (490 UCEs), salienta-se que a mesma é considerada a classe que mais contribuiu para a formação deste dendrograma, já que obteve 50% do total de aproveitamento. Por isso, é a classe que detém maior poder explicativo entre as mulheres que participaram deste estudo.

Com base nas variáveis descritivas, apresentadas na figura 29, identifica-se que esta classe foi formada por mulheres que não estão satisfeitas com o próprio corpo ($\chi^2=4$), embora usem prótese móvel de silicone/alpiste ($\chi^2=5$). Quanto ao estado civil e a prática religiosa, essas mulheres se consideram solteiras ($\chi^2=5$) e praticantes da religião evangélica ($\chi^2=47$). Deste modo, pode-se inferir que a prática religiosa, dessas participantes, influenciou de modo significativo a evocação dos vocábulos associados ao corpo mastectomizado. Entre as palavras que formaram a primeira classe temática, o enunciado Deus ($\chi^2=52$) emerge com maior qui-quadrado, configurando-se como elemento figurativo da Classe 1 (ver Figura 30), enquanto que o vocábulo quimioterapia ($\chi^2=11$), que se refere a uma modalidade de tratamento para o câncer de mama, apresentou o menor qui-quadrado e ficou suprimido na rede semântica associada ao corpo mastectomizado, a partir desta classe temática.

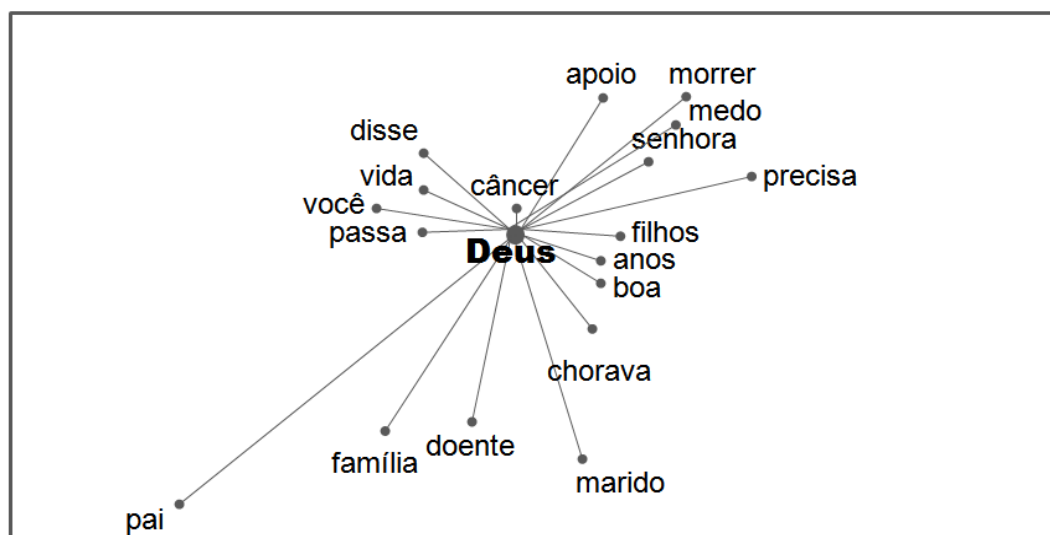


Figura 30: "Deus" como elemento figurativo da Classe: Espiritualidade como suporte de proteção

O enunciado Deus ao localiza-se ao figurar na rede semântica da classe *Espiritualidade como suporte de proteção* (ver Figura 30), produz um sentido figurado que revela a ideologia cristã compartilhada pelas mulheres que contribuíram para a formação desta classe temática. A partir deste elemento figurativo, outros enunciados encorpam a representação de Deus como a substância divina que funciona de âncora para corpo que necessita de *apoio* ao ficar *doente* por ser afetado pelo *câncer*.

Entre o grupo de mulheres que contribuíram para a formação desta classe, o elemento Deus, também emerge como suporte de proteção diante da ausência fortuita de *apoio* da *família*, composta por *marido e filhos*. Em face dos resultados apreendidos, pensa-se que a *Deus* é dirigida a função de *pai* e que de forma simbólica vai acolher o choro desta *senhora* acometida pelo *câncer*, *dizer* para ela que o *câncer* vai *passar* que ela vai ficar *boa* e que ainda há *anos de vida*, conforme como pode ser verificado nas u.c.e. mais típicas desta classe:

(...) meu marido quando descobriu que eu tava com câncer de mama, olho com nojo com desprezo, e disse meu amor por você morreu; (...) eu chorava, chorava, chorava, quase entre em depressão, amanhecia o dia chorando, não parava de chorar, era aquele desgosto dentro de mim, parecia que eu ia morrer; (...) Deus me curou, foi um milagre; (...) Ele dizia você vai ficar boa, ainda tem muitos anos pela frente; (...) meus filhos não me davam apoio porque estavam desempregados; (...) depois que eu fiz a cirurgia meu filho disse: você não é mais minha mãe; (...) até hoje a cura do câncer não existe, mas Deus é médico por excelência.

Classe 3: O Braço como ícone de limitações

Esta classe foi estruturada com 87 u.c.e., representando 9% do total de aproveitamento. Com relação à Classe 1 - *Espiritualidade como suporte de proteção*, esta classe detém menor poder explicativo. No que tange às variáveis descritivas, a classe 3 foi formada por mulheres que não usam prótese e nem fizeram a reconstrução

($\chi^2= 12$), que não se consideram satisfeitas com o próprio corpo ($\chi^2= 6$) e que dizem estar solteiras ($\chi^2= 7$). As palavras que mais contribuíram para a formação desta classe foram braço ($\chi^2= 170$) e incha ($\chi^2= 170$). Ainda, com base na figura 29, percebe-se que, nesta classe, os vocábulos *braço* ($\chi^2= 170$) e *incha* ($\chi^2= 170$) contribuíram de forma significativa para a formação da classe temática *Limitações Funcionais*.

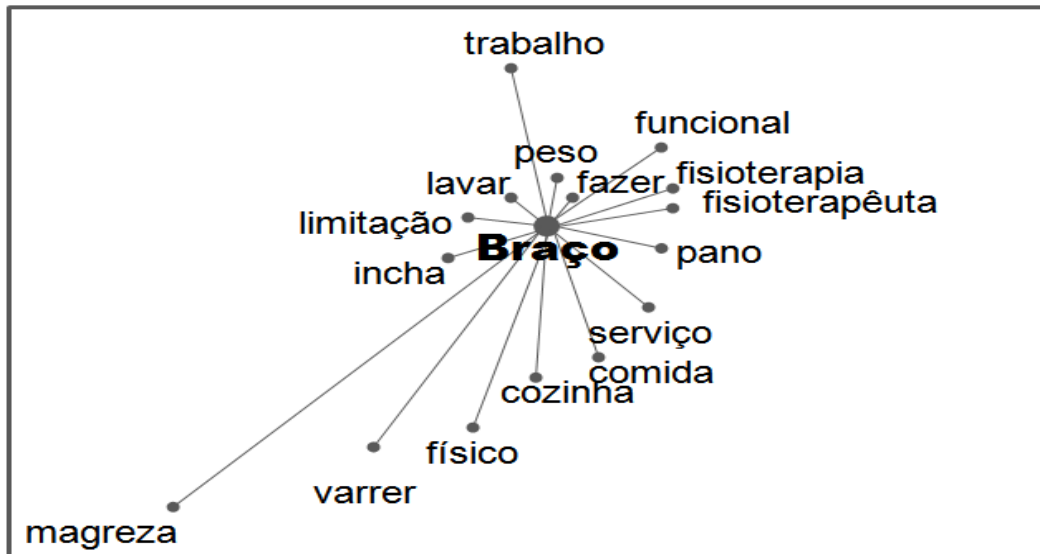


Figura 31: “Braço” elemento figurativo da Classe: Limitações Funcionais.

Ao observar a figura 31, nota-se que o vocábulo *braço* configura-se como elemento figurativo da representação social do corpo mastectomizado e, que, a partir desse vocábulo outros vocábulos dão visibilidade ao contexto das limitações funcionais experimentadas pelas mulheres que se submetem à mastectomia em decorrência do câncer de mama, no cotidiano dos afazeres domésticos. A rede semântica associada à classe 3 objetiva o *braço* como ícone de limitações funcionais. Conforme pode ser observado, a seguir, os recortes semânticos extraídos das UCEs que mais caracterizaram essa classe temática, apresentam conteúdos lexicais que dizem respeito às demandas de cuidados fisioterápicos e ao contexto social onde estão as participantes inseridas:

(...) ainda hoje faço fisioterapia porque meu braço inchou. Todas as mulheres que fizeram mastectomia ficaram com sequelas. Eu tenho limitações no braço, não posso pegar peso. A capacidade máxima pra eu pegar é de setecentas gramas; (...) não pode varrer casa, lavar roupa, arrumar o comer no fogo, nada pesado pode pegar. Depois do câncer eu fiquei com limitação realmente. Não posso pegar peso, o máximo que posso pegar é um quilo. Você não é capaz de trabalhar, você tem que ficar em casa; (...) depois que fiz mastectomia parece que parei de funcionar.

Estigma e Ajustamento Social

Com base no sistema de significação que compõe às Classes 2 e 4, observa-se dois pólos representacionais: o primeiro diz respeito as representações negativas atreladas ao corpo mastectomizado, enquanto o segundo considera a prótese mamária como ícone de retificação pessoal e social. Os conteúdos lexicais, aglutinados neste campo representacional, revelam como as mulheres entrevistadas se apropriam do corpo mastectomizado a partir do lugar de pertença grupal e do valor simbólico que é direcionado a retirada da(s) mama(s) em decorrência do câncer.

Classe 2: Representações negativas do corpo

Esta classe foi composta por 317 UCEs e obteve um aproveitamento de 32%. De acordo com as variáveis descritivas, o grupo de mulheres que dizem viver uma união estável ($\chi^2= 32$) foi quem mais contribuiu para a formação das representações negativas associadas ao corpo mastectomizado. Também, contribuíram para a formação desta classe as mulheres católicas ($\chi^2= 26$), que se consideram satisfeitas com o próprio corpo ($\chi^2= 16$), embora não usem prótese mamária nem tenham feito à cirurgia plástica reparadora ($\chi^2= 6$). Ao observar a lista de palavras que constituem a Classe 2 (ver

Figura 29), nota-se que o verbo *olhar* ($\chi^2= 152$) e o enunciado *corpo* ($\chi^2= 124$) contribuíram de modo significativo para a formação das representações negativas sobre o corpo mastectomizado e a palavra que menos contribuiu foi *deformado* ($\chi^2= 21$).

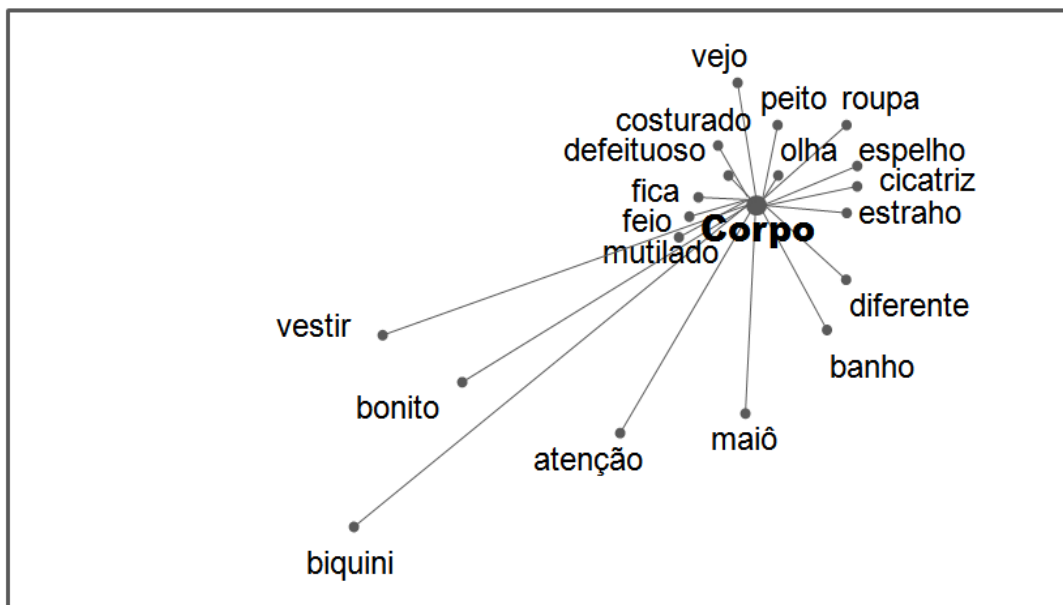


Figura 32: “Corpo” elemento figurativo da Classe Representações Sociais Negativas do Corpo.

Ao ler a figura 32, percebe-se que a rede semântica associada à Classe 2 revela indissociabilidade entre o sujeito da representação - mulheres que se submeteram à mastectomia, e o objeto representacional - corpo mastectomizado. No que concerne ao conteúdo lexical dessa rede de palavras, pode-se dizer que o enunciado *corpo* aparece como elemento central das representações forjadas pelas participantes deste estudo.

Neste direcionamento, compreende-se que o elemento figurativo *corpo* configura-se como ancoragem de sentido, uma vez que as palavras *diferente*, *estranho*, *defeituoso*, *feio*, *mutilado*, *costurado*, *cicatriz*, ratificam os estigmas sociais dirigidos ao a retirada da mama em decorrência do câncer. Outros vocábulos que, também, se localizam à margem dessa rede semântica revelam a forma como as participantes deste estudo se apropriam do próprio corpo mastectomizado. Como pode ser observado, a

seguir, os conteúdos lexicais das UCEs que mais caracterizam a Classe 2, contextualizam as representações negativas frente ao corpo afetado pela mastectomia

(...) tem roupa que não tem como vestir, se eu visto já vejo logo a diferença, meu corpo feio; (...) meu corpo depois da cirurgia ficou muito diferente, meu corpo ficou mutilado, defeituoso, marcado, costurado; (...) a falta da mama deixou minha barriga grande; (...) eu não tinha coragem de olhar, quando olhava no espelho sentia um desgosto. Ficou uma cicatriz enorme, um buraco, um buraco enorme. Não tem como eu ficar me olhando, é horrível; a mastectomia deixa o corpo da mulher feio mesmo; (...) parece que tiram a feminilidade da mulher. O peito é um símbolo cultural que caracteriza a mulher; (...) agora que tirei a mama nem toda roupa eu posso vestir, antes eu até vestia um maiô, um biquíni, mas agora nem pensar. Antes tomava um banho de mar, de piscina e agora não; (...) eu vejo meu corpo assim, um corpo feio, mutilado. Diante o espelho não tem quem fique nua.

Classe 4: Prótese mamária como elemento de retificação

De acordo com o dendrograma da CHD (ver Figura 29), verifica-se que esta classe ao ser composta por 93 UCEs obteve 9% do total de aproveitamento. Quanto às variáveis descritivas, o grupo de mulheres que se consideram satisfeitas com o corpo ($\chi^2=42$) foi quem mais contribuiu para a formação desta classe temática. Esse grupo, também, constitui-se por mulheres que usam prótese mamária de silicone ou alpiste ($\chi^2=11$); que dizem estar separadas ($\chi^2=5$) e ser praticantes da religião católica ($\chi^2=5$). E as palavras *prótese* ($\chi^2=590$) e *praia* ($\chi^2=541$) foram as que mais contribuíram para a formação dessa classe temática. O vocábulo que menos contribuiu foi *dura* ($\chi^2=21$). Essa palavra qualifica o tipo de prótese doada pelo SUS ($\chi^2=29$) através da *secretaria* ($\chi^2=58$) municipal de saúde.

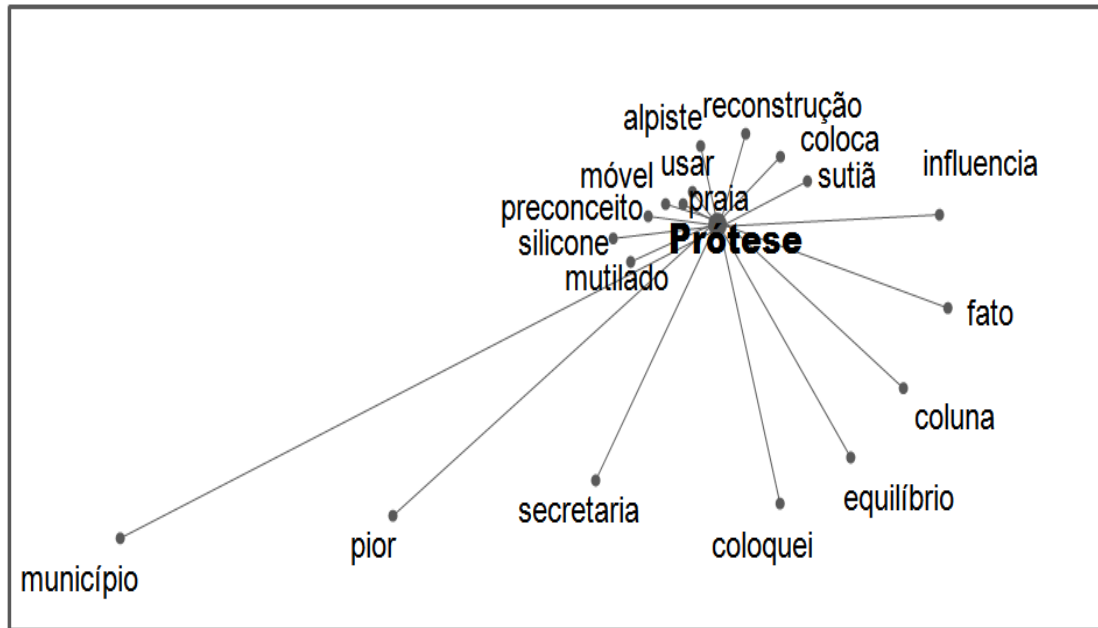


Figura 33: “Prótese” elemento figurativo da Classe : Prótese mamária como elemento de retificação.

Conforme demonstrado na figura 33, a palavra *prótese* ao figurar na rede semântica associada à Classe 4, configura-se como ancoragem de sentido ao tornar inteligível as palavras que se encontram à margem da rede, ou seja, através do vocábulo figurativo *prótese*, emergem outros vocábulos que lhe conferem sentido. Sendo assim, ao ler os vocábulos *usar*, *móvel*, *alpiste*, *coloca*, *sutiã*, *reconstrução*, *coloquei*, *silicone*, *fato*, *influencia*, *equilíbrio*, *coluna*, *mutilado*, *praia* e *preconceito*, compreende-se o enunciado *prótese* como elemento figurativo de retificação.

A seguir, ao contextualizar as falas dos sujeitos da representação, que neste estudo são as mulheres que se submeteram à mastectomia, os conteúdos lexicais das UCEs mais características da Classe 4, decodificam a iconicidade atribuída ao uso da prótese mamária como forma de retificar a pertença grupal, ao mesmo tempo em que evidenciam atitudes, opiniões, crenças e estereótipos frente ao corpo mastectomizado.

(...) *nem fui eu que resolvi usar a prótese foi a médica da radioterapia que escolheu; (...) fato de usar a prótese*

influencia no equilíbrio da coluna; (...) eu uso aquela prótese que bota no sutiã, mas prefiro a de alpiste que pego de seis em seis meses no Laureano; (...) quando vou à praia uso a prótese móvel de silicone debaixo do sutiã do biquíni, e ainda por cima coloco um bustiê para disfarçar; (...) ir a praia só de roupa, porque se deixar a mostra o biquíni marca a diferença e as pessoas olham diferente; (...) antes de fazer a reconstrução eu usava a prótese de silicone, mas não indico pra ninguém, não cai bem. Quando coloco a minha prótese até que as pessoas pensam que sou igual a todo mundo, mas eu sei que sou deficiente e que tenho um corpo mutilado; (...) a prótese serve para manter o equilíbrio e evitar o preconceito, o olhar diferente das outras pessoas. O fato de não usar a prótese poderia gerar constrangimento; (...) uso a prótese pra me proteger; (...) sou satisfeita com meu corpo porque fiz a cirurgia da mama, a reconstrução.

Ainda, com relação aos elementos textuais da Classe 4, observa-se que as pseudofrases mostradas a seguir desvelam a (não) eficácia do SUS frente as demandas de cuidado da mulher que se submeteu a mastectomia

(...) a prótese é doada pelo SUS, mas nunca dão o número da gente, a que tiver lá é que eles dão, e dão mais um sutiã; (...) o sutiã que a gente ganha no SUS fica largo demais ou apertado demais. A gente tem que comprar um sutiã que caia bem; (...) Pra conseguir a prótese não tem burocracia, você preenche uma ficha, leva para o médico assinar e depois você marca o dia que você vai buscar; (...) eu pego a minha de seis em seis meses; (...) a prótese eu comprei, mas a reconstrução foi pelo SUS, lá no Laureano; (...) o SUS dá direito a fazer a reconstrução imediata; (...) a prótese de silicone pega lá na secretaria municipal de saúde; (...) a prótese de silicone dada pelo SUS machuca, dói, nunca é do número da gente, prefiro a de alpiste que a gente ganha no hospital Laureano.

Capítulo VII

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No intuito de conservar a conexão entre a Teoria das Representações Sociais, o objeto de estudo em questão (corpo mastectomizado) e os recursos metodológicos, optou-se por formas de análise específicas para cada material coletado. Cabe registrar que, o presente capítulo tem o interesse de atender ao quarto objetivo específico que versa sobre a análise da dimensão imagética das representações sociais e o quinto objetivo específico que se refere à proposta de analisar a tridimensionalidade das representações sociais do corpo mastectomizado elaboradas por mulheres que se submeteram a mastectomia (uni/bilateral) em decorrência do câncer. Sendo assim, este capítulo estrutura-se de forma sistemática, a partir de duas seções. A primeira irá analisar e discutir os resultados advindos dos desenhos-estória, enquanto que a segunda tratará de analisar e discutir as representações sociais do corpo mastectomizado elaboradas através das entrevistas.

7.1 ANÁLISE TEMÁTICA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO MASTECTOMIZADO

Após a decomposição do *corpus* apreendido através da Técnica do Desenho-estória com Tema, e ao recorrer a Técnica de Análise de Conteúdo Temática, verificaram-se dois registros psicológicos - o lógico e o figurativo, que se fundem a partir das representações sociais. De acordo com Semin (2001, p. 208) “o resultado dessa combinação permite compreender a gênese dos dispositivos não conceituais, como as metáforas, o emprego de imagens, etc.”.

Neste direcionamento, Medina Filho (2013) faz questão de reforçar a importância das imagens na metodologia de pesquisa em psicologia social, “inclusive nas pesquisas que se utilizam da abordagem da teoria das representações sociais”. Sob

esse aspecto o próprio Moscovici (1978) já afirmava que as RS representações sociais compõem-se de duas dimensões: a imagética e a verbal.

Portanto, com base na descrição dos resultados, verificou-se que a iconicidade das imagens projetadas graficamente, de modo geral, deixaram transparecer a ausência física de um alicerce ou mesmo base de sustentação para o corpo (N=23), também, observou-se que os desenhos apreendidos, em sua maioria, desvelam expressões gráficas desnudadas (n= 19) fazendo alusão a imagens de corpos deformados e marcados pela mastectomia. Concomitantemente, foi possível observar expressões gráficas que marcam a ausência da(s) mama(s) (n=18), provocada pela mastectomia em decorrência do câncer, enquanto outros grafismos deixaram transparecer que o corpo mastectomizado é um corpo regido por afetos (n=14).

A partir da análise temática da dimensão imagética das representações sociais do corpo mastectomizado, pode-se verificar que os grafismos associados aos desenhos retratam a indissociabilidade entre o objeto e o sujeito da representação, na medida em que ecoa códigos semióticos atravessados pelo modelo de corpo da cultura vigente. A iconicidade das representações sociais do corpo mastectomizado refletem um contexto social e dinâmico que influencia a tomada de posição em relação a si e ao próprio corpo.

No que concerne à dimensão verbal das representações sociais do corpo mastectomizado, ancorou-se no processo de *estigmatização* (1ª categoria ver Figura, 25), nas estratégias de *ajustamento social* (2ª categoria - ver Figura, 26), e na demanda por uma *rede de suporte* (3ª categoria - ver Figura, 27), que dê conta das necessidades de cuidado frente ao sujeito da representação e o objeto representacional. A seguir, procede-se como a análise e discussão de cada categoria temática.

Primeira categoria: Estigmatização

Antes de analisar e discutir os resultados cabe esclarecer que estigmatização refere-se a um processo de categorização e comparação social, já que o termo estigma refere-se a um atributo depreciativo que caracteriza a diferença de um em relação a outrem. Aqui, deve-se mencionar a predisposição à “vitimização” como resultado da exposição da pessoa estigmatizada (Goffman, 2008, p. 19).

No que concerne aos recortes semânticos agrupados, na primeira categoria, denominada *estigmatização*, pode-se observar que as representações sociais do corpo mastectomizado emergem num contexto regido por afetos, cognições e comportamentos que se objetivam por meio de experiências intersubjetivas que fazem eclodir opiniões de cunho negativo, atitudes desfavoráveis, valores e estereótipos associados a quatro subcategorias simbólicas, a saber: *corpo estereotipado; abandono familiar; exclusão social e autodiscriminação*.

Com base na subcategoria *corpo estereotipado*, verificou-se que as participantes representam o corpo mastectomizado a partir de um conhecimento prático que evoca a indissociabilidade entre o processo do diagnóstico de câncer de mama (... *achei um nódulo;... fiz biópsia que deu câncer de mama*) e as sequelas pelo tratamento quimio/radioterápico (... *a gente perde o cabelo*), pela mastectomia (... *tive que tirar tudo;... agora sou assim marcada*), e pelas limitações provenientes do esvaziamento axilar (... *depois da cirurgia ela não trabalha mais;... não tenho força nos braços; problema de inchaço, a dormência no braço da cirurgia*). Sob este aspecto, afirma-se que o linfedema de braço acomete cerca de 40% das mastectomizadas causando prejuízos nas áreas profissional, doméstica, sexual e psicossocial (Panobianco, Mamede, Almeida, Clapis & Ferreira, 2008).

No que concerne à segunda subcategoria, denominada de *abandono familiar*, observa-se que os estigmas em torno do corpo mastectomizado conduzem a uma relação triangular, que envolve o lugar de pertencimento grupal, o sujeito da representação e o objeto representacional, ou seja, uma relação regida por sentimentos negativos que se configuram em atitudes preconceituosas refletidas nos comportamentos de *abandono familiar*. De acordo com Melo, Silva e Fernandes (2005) o diagnóstico do câncer de mama e os efeitos nefastos do tratamento podem ou não representar conflito familiar.

No entanto, os dados advindos da segunda subcategoria revelam que o corpo ao ser atravessado pela mastectomia, configura-se como lócus de comunicação entre as relações interpessoais no contexto familiar. Desta forma, o valor simbólico associado à estranheza da imagem do corpo mastectomizado passa a mobilizar uma zona de tensão entre a mulher acometida pelo câncer de mama e seus familiares.

Segundo Bervian e Girardon-Perlini (2006), diante uma situação de adoecimento a família, geralmente, não está preparada para enfrentar, por exemplo, o sofrimento gerado pela problemática do câncer de mama, nem para atender as demandas de cuidado apresentadas por quem adoce. Por essa razão, compreende-se que o comportamento de abandono/rejeição por parte da família, dar-se em função do não saber lidar com as limitações corporais e o sofrimento da mulher que por conta do câncer de mama precisou retirar a(s) mama(s) e fazer esvaziamento axilar, por exemplo.

Os recortes semânticos agrupados na 3ª subcategoria, denominada *exclusão social*, objetivam o corpo mastectomizado a partir de estereótipos e atributos negativos associados ao diagnóstico de câncer de mama (... *tem pessoas que trata o câncer como doença contagiosa*); atitudes frente à mulher acometida pelo câncer de mama (... *a sociedade tranca toda a oportunidade de trabalho e convívio social só porque sou portadora de câncer de mama*;... *o preconceito é o que mais dói*;... *a pessoa olha e a*

gente se sente diferente). Neste contexto, compreende-se que a mulher passa a se experimentar e a se perceber através de um corpo marcado, por estigmas, que se objetivam nos comportamentos de preconceito social, frente aos elementos figurativos associados à assimetria corporal e à ausência da(s) mama(s) e de cabelo na cabeça.

Na fala das participantes, o impacto causado pela queda do cabelo (alopecia) de forma súbita expõe a doença e altera a autoestima das mulheres acometidas pelo câncer de mama. Esses dados confirmam outro estudo, que considera a alopecia é um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, que gera mais sofrimento já que, no contexto social, a perda do cabelo dá visibilidade à doença, ao mesmo tempo em que impregna na mulher o ícone da diferença, do não belo (Conceição et al., 2013).

Ao considerar as representações sociais do corpo mastectomizado objetivadas na 4ª subcategoria, denominada *autodiscriminação*, percebe-se que além da alopecia, a ausência da(s) mama(s) emerge como um elemento novo que provoca sensação de estranhamento diante de si mesmo e dos outros. Deste modo, compreende-se que neste contexto, os comportamentos, e as comunicações sociais passam a serem explicadas a partir das ausências atribuídas a esse corpo mastectomizado.

Quanto aos grafismos agrupados nesta categoria (ver Figura 25), verificou-se consensualidades no que diz respeito a ausência de mama, dos cabelos e ao aspecto fantasmagórico que subsidia as objetivações associadas a estereótipos estigmatizantes. Ainda considera-se que os resultados dos grafismos associados aos recortes semânticos confirmam que a presença de cabelos longos significa um atributo à identidade social da mulher, fato esse que dificulta a aceitação da alopecia tanto pela mulher acometida pelo câncer de mama, quanto pela sociedade. Sendo assim, os resultados associados a primeira categoria corrobora o estudo de Silva et al. (2010) que com base na TRS

identificou que os seios são considerados símbolos da condição feminina e que o cabelo é considerado ícone da identidade feminina.

Segunda categoria: Ajustamento Social

Por ajustamento social entende-se ao potencial criativo capaz de (re)inventar a própria existência, como forma de superação após situação de crise ou adoecimento. “No processo de ajustamento social as pessoas utilizam mecanismos de adaptação diferenciados a depender da cultura, da patologia, da raça, da idade e de vários outros fatores” (Rodriguez & Cruz, 2008, p. 231).

Como podem ser observados na figura 26, os grafismos associados a esta categoria compartilham elementos figurativos, associados, à visibilidade das mamas, em detrimento da cicatriz gerada pela mastectomia. Sob esse aspecto, (Aureliano, 2007, p.262) argumenta que “após a retirada da mama novas atitudes sobre o corpo são tomadas e o controle da informação corporal passa a fazer parte do cotidiano da mulher mastectomizada”. Logo, pensa-se que as representações sobre o corpo mastectomizado, apoiam-se no cotidiano das práticas sociais, compartilhadas no lugar da pertença grupal.

Com base nas aproximações semânticas classificadas como estratégias de *ajustamento social*, considera-se que o uso de prótese mamária (... *uso a prótese para evitar o preconceito;... quando saio à rua uso a prótese de silicone*), a realização da cirurgia plástica reparadora (... *fui conduzida pelos meus familiares a fazer a reconstrução*) e a plasticidade atitudinal (... *voltei a trabalhar;... gosto de ajudar as pessoas*) revelam a necessidade de investimento estético com fins de retificação do sentimento de pertença grupal. Neste sentido, pensa-se que em meio a esta dinamicidade icônica, as mulheres mastectomizadas, em sua maioria, tentam incorporar uma nova

imagem corporal e reedificar a integração pessoal, concomitante à pertença grupal, ou seja, migrar simbolicamente da condição de enferma e/ou deficiente para a condição de saudável (Aureliano, 2009).

Ao fazer uma revisão de literatura sobre as contribuições da reconstrução mamária para as mulheres mastectomizadas, Azevedo e Lopes, (2010) identificaram que este procedimento terapêutico, afeta diretamente a qualidade de vida dessas mulheres. Sendo assim, a partir da análise dos resultados, pode-se inferir que o valor simbólico associado não apenas a cirurgia plástica reparadora, mas ao uso da prótese mamária, indica as estratégias de *ajustamento social* como ícones de resgate da identidade feminina e da integridade corporal, perdida com o efeito devastador da mastectomia.

Terceira categoria: Rede de Suporte

A perspectiva de rede articula-se com a noção de alteridade, autonomia, empoderamento e protagonismo social, na medida em que concebe o indivíduo como “autor e ator da própria história” (Braga, 2006, p.163). Ainda, considera-se que a consolidação das redes de suporte diminui a margem de exclusão social.

Portanto, em face desse esclarecimento, compreende-se que os recortes semânticos, agrupados nesta categoria, desvelam que as representações sociais do corpo mastectomizado, ancoram-se no cotidiano das práticas sociais, objetivadas a partir das ações de *autocuidado*, *cuidado multiprofissional*, *suporte sociofamiliar*, *instrumental e espiritual*, como uma forma de superar a experiência traumática causada pela alteração da imagem corporal. Os grafismos selecionados para esta categoria desvelam corpos reconfigurados a partir de uma ordem biológica, social e psicológica

que se refletem na tentativa de retificar a pertença grupal através da tentativa de desnaturalização do corpo biológico.

Os elementos figurativos associados a essas objetivações e ancoragens eclodem para suprir a demanda não apenas do corpo “de órgãos” marcado pela mastectomia, mas da estrutura simbólica e do lócus comunicacional que medeia às relações sociais da mulher acometida pelo câncer de mama e submetida à mastectomia. De acordo com Sampaio (2006), as modificações e violações do corpo podem se associar a processos de inclusão/exclusão social frente à justificativa da pertença grupal. Por isso, a ideia de rede de suporte, objetiva-se a partir dos diversos recursos emocionais, materiais, de informação, biomédicos que se materializam através das relações que se estabelecem, como os amigos, familiares e trabalhadores de saúde.

Após a análise desta categoria, chegou-se ao entendimento que a fé em Deus foi a principal alternativa que as participantes encontraram para superar as adversidades associadas tanto ao diagnóstico, quanto ao tratamento. Compreende-se que mesmo quando citam o avanço da medicina como um apoio na esperança da cura, a espiritualidade aparece. “Espiritualidade pode ser entendida como um conjunto de crenças que traz vitalidade e significado aos eventos da vida” (Saad & Nasri, 2008, p. 349). Portanto, pode-se afirmar que a busca divina é um recurso culturalmente presente na vida das mulheres acometidas pelo câncer de mama. A proximidade a Deus se dá porque a religião mostra a doença como um mal que vem para purificar o espírito.

Desta forma, considera-se que a dimensão imagética das RS extraída das imagens do corpo mastectomizado, produzidas por mulheres que se submeteram a mastectomia, desvela o corpo não apenas como ícone simbólico, mas como corresponde de linguagem. Os códigos figurativos e sociocognitivos associados ao corpo fazem referência a uma situação/realidade socialmente compartilhada, na medida em que torna

público um conjunto de conceitos, enunciados e explicações sobre a realidade de quem teve câncer e por essa razão precisou retirar a(s) mama(s).

7.2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO MASTECTOMIZADO: UMA LEITURA PELAS LENTES DO ALCESTE

A partir de uma análise lexicográfica do material textual apreendido pelas entrevistas semiestruturadas, verificou-se quatro classes temáticas interligadas: *Espiritualidade como suporte de proteção; limitações funcionais; representações negativas do corpo; e prótese mamária como elemento de retificação*. Deste modo, o material analisado pelo *software* Alceste revelou conteúdos léxicos que contextualizam os discursos das entrevistadas a partir do lugar da pertença grupal, na medida em que desvela a influência da ideologia cristã a respeito do corpo diante da enfermidade, e em paralelo o corpo emerge ancorado na ideia de corpo cartesiano que se confronta com os códigos de valoração estética, propagados no cotidiano das práticas sociais.

Conforme já dito anteriormente, o conteúdo semântico processado pelo Alceste gerou uma CHD, bipartida sob a forma de um dendrograma (ver Figura 29). Os resultados sugerem que as mulheres que fizeram mastectomia em decorrência do câncer agem em conformidade com as normas sociais, na intenção de justificar a pertença grupal e (re)afirmar uma condição de saudável. A seguir, de acordo com o dendrograma da CHD serão apresentadas as análises de cada classe temática aglutinada pelos eixos temáticos (*rede de suporte e limitações* e *Estigma e Ajustamento Social*) a sequência do (ver Figura 29).

CLASSE 1: Espiritualidade como suporte de proteção

Os dados apreendidos a partir da classe temática *espiritualidade como suporte de proteção* detém maior poder de explicação das representações sociais sobre o corpo mastectomizado, produzidas pelas entrevistadas (ver Figura 29). Ao se ancorar na espiritualidade como fator de proteção, o sentido figurativo do corpo mastectomizado, objetiva-se a partir da experiência da fé e devoção a Deus, o que ratifica outras pesquisas que demonstram a forte correlação entre espiritualidade e saúde física-mental-social (Aureliano, 2009; Ferreira & Mamede, 2003; Hoffman, Müller, & Rubin, 2006; Sousa, Tillmann, Horta, Oliveira & 2001; Volcan, Sousa, Mari & Horta, 2003).

Nesse contexto, as representações sociais do corpo mastectomizado assumem o lugar da experiência religiosa nos termos estabelecidos pela doutrina cristã (Gélis, 2008). Concomitantemente, os conteúdos lexicais associados a essa classe temática desvelam o substrato cultural e a realidade cotidiana das mulheres que se submetem a mastectomia em decorrência do câncer de mama (ver Figura 30).

Em face dessas colocações, o exercício da espiritualidade emerge objetivado na ideia de cura enquanto milagre e não de um cuidado prescrito. De acordo com Trentini et al. (2005) uma das formas de enfrentamento da doença e da morte está diretamente ligada à força da fé e a crenças religiosas; ou seja, formas de expressar a espiritualidade.

CLASSE 3: Limitações Funcionais

O discurso sobre o corpo mastectomizado, trazido pelas participantes, ancora-se nas experiências intersubjetivas que retratam o contexto social no qual estão inseridas, ao mesmo tempo em que objetivam o corpo mastectomizado a partir da ideia de um

corpo que se coloca a serviço das leis da anatomia e fisiologia. Ainda, vale ressaltar que, os vocábulos que compõem essa classe (ver Figura 29 e 31) revelam que os edemas nos braços geram além de efeitos físicos nefastos, implicações sociais e emocionais que afetam diretamente a realidade cotidiana das participantes.

Sob este aspecto, os resultados de outros estudos também consideram que, em consequência da mastectomia e dos edemas no(s) braço(s), as mulheres que tiveram câncer de mama, em geral, são confrontadas pela sensação de estranhamento diante do corpo mutilado e da impotência perante as atividades da vida diária, que, até então, eram realizadas sem dificuldades (Panobianco, et al., 2008; Ferreira & Mamede, 2003).

CLASSE 2: Representações Negativas do Corpo

Os conteúdos lexicais agrupados nesta categoria desvelam cognições, afetos e comportamentos atrelados à representação social do corpo mastectomizado, ou seja, opiniões, adjetivos negativos e pejorativos que objetivam a experiência de se deparar como o corpo *mutilado* pela mastectomia (ver Figura 29). Vale salientar que, desde os tempos mais remotos a mama refere-se a um órgão impregnado de simbolismo cultural.

Através dos vocábulos que compõem a classe temática *Representações Negativas do Corpo*, pode-se perceber como as entrevistas se relacionam com o próprio corpo a partir do lugar social onde estão inseridas. Estes dados corroboram outros estudos que afirmam que nos tempos de culto ao corpo, a maioria das mulheres acometidas pelo câncer de mama e pela mastectomia se vê confrontadas com os códigos de valoração estética (Aureliano, 2009; Ferreira & Mamede, 2003).

Cabe notificar que cada mulher irá experimentar o próprio corpo de forma singular, embora essa singularidade em algum momento possa se encontrar com outra

singularidade. No entanto, segundo Araújo e Fernandes (2008) estudos revelam que, universalmente, o diagnóstico e tratamento de câncer de mama figuram como realidades estigmatizantes, principalmente pela mulher que é acometida, e que precisa retirar a(s) mama(s).

Esses achados se coadunam com as *representações negativas* associadas ao corpo mastectomizado, já que as participantes deste estudo dizem *olhar* para o *corpo* e vê defeito, diante da mutilação, por exemplo. Elas alegam que é *bonito* vestir um *biquíni*, ou um *maiô*, quando se vai à praia, mas quando elas têm o *corpo defeituoso, mutilado*, elas se veem *diferente*. Em face dessas elucidacões, a figura do corpo mastectomizado é representada como elemento estranho que se naturaliza a partir da assimetria corporal, ao mesmo tempo em que objetiva-se nas alterações anatômicas geradas pelo tratamento do câncer de mama.

CLASSE 4: Prótese mamária como elemento de retificação

Os vocábulos que revelam a classe temática *prótese mamária como elemento de retificação*, favorece a compreensão dos elementos figurativos associados ao uso ou não uso da prótese (ver Figura 29). Sob este aspecto, a mama ratifica-se como ícone do universo simbólico que fomenta desejo e prazer, capaz de concentrar papéis de identidade feminina, articulados a sensualidade e ao ato de amamentar.

Sob este aspecto, ao evocar a palavra *praia* as mulheres desta pesquisa, dão visibilidade ao desconforto gerado pela alteração da imagem corporal, no contexto pós-mastectomia, na medida em que também evocam os enunciados *usar, prótese, móvel, silicone, sutiã*. Estudos desenvolvidos por Aureliano (2007b, 2007b e 2009), consideram que a mulher mastectomizada tem que lidar com a manipulação não só da

prótese, mas a manipulação de um segredo, trabalhando os momentos e situações onde este segredo poderá ser mantido e preservado. Neste direcionamento, pensa-se que o caráter identitário também é afetado, pois, em geral, a maioria das mulheres que se submetem a mastectomia escolhe os contextos onde o segredo pode ser revelado ou descoberto.

Portanto, pensa-se que na tentativa de retificar seu caráter identitário e sua condição de saudável perante o grupo de pertença é que algumas mulheres recorrem ao uso de prótese e a cirurgia plástica reparadora. Sob esse aspecto, Manfredini (2011) ao realizar um estudo sobre a reconstrução mamária, no contexto pós-mastectomia, conclui que na tentativa de minimizar a sensação de estranhamento associada à ausência mamária e aos estigmas sociais atrelados ao corpo mutilado, a mulher que teve sua mama retirada por conta do câncer irá, na maioria das vezes, recorrer ao uso de prótese móvel da mama ou até mesmo a outro procedimento cirúrgico, com a finalidade de reparar essa ausência e o desconforto psicológico e social decorrente da imagem corporal modificada pela mastectomia.

Quanto ao uso de prótese, as participantes chamam atenção para a qualidade da prótese de silicone que é doada pelo SUS, a esse respeito às mulheres fazem uma fala denunciadora da não efetividade da política de saúde da mulher e da política nacional de humanização, no que diz respeito ao cuidado integral. Na opinião das entrevistadas, o SUS garante a cirurgia plástica reparadora, imediatamente depois retirada da(s) mama(s), desde que a mulher tenha condições clínicas para fazer o procedimento. Quando não é possível fazer a *reconstrução*, o SUS através da *secretaria municipal de saúde* faz a doação de *próteses de silicone* que podem ser trocadas a cada seis meses.

No entanto, há de se registrar que na fala das participantes desse estudo, a prótese doada pelo SUS, em geral não corresponde ao número do sutiã da mulher que

necessita. Quanto à realização da reconstrução mamária a subsecretaria de informações do Senado Federal, através do site www.senado.gov.br/comunica/agencia/cidadania/cancer/not02.htm, diz que em nosso País os planos de saúde e o SUS, são legalizados para a realização da Mastectomia com reconstrução imediata, quando necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Indubitavelmente, acessar a representação social do corpo afetado pela mastectomia é tentar não só compreender as formas que as mulheres acometidas pelo câncer de mama utilizam para construir, transformar e interpretar essa temática, impregnada de simbolismo, no contexto que as rodeiam, mas, sobretudo, coligar seus pensamentos, sentimentos, percepções e experiências de vida compartilhadas por crenças, atitudes, valores e informações, objetivadas e ancoradas de acordo com o lugar de pertença grupal. Por esta razão, buscou-se apreender as representações sociais do corpo elaboradas por mulheres submetidas à mastectomia (uni/bilateral) em decorrência do câncer de mama. Antes, foi necessário conhecer perfil biosociodemográfico das mulheres que se submeteram a mastectomia em decorrência do câncer de mama.

Só então foi possível descrever os elementos figurativos associados às representações sociais do corpo mastectomizado, identificar as objetivações e ancoragens associadas à expressão corpo mastectomizado, e analisar a dimensão imagética e verbal das representações sociais do corpo mastectomizado. Para alcançar os objetivos propostos, utilizou-se um questionário biosociodemográfico, a Técnica do Desenho-estória com Tema e a Técnica da Entrevista Semiestruturada.

Com relação ao primeiro objetivo específico “Descrever o perfil biosociodemográfico das participantes deste estudo”, os resultados dos questionários revelaram que as 23 mulheres mastectomizadas que participaram da pesquisa apresentaram faixa etária mínima de 30 anos e máxima de 59 anos (M= 49; D= 5,8). Só a título de esclarecimento, apenas duas participantes apresentaram a idade mínima de 30 anos, o que corrobora com as estatísticas do Instituto Nacional do Câncer quando descreve que o câncer de mama é raro entre mulheres com menos de 35 anos.

Com relação à satisfação com o corpo, a maioria das mulheres também diz está satisfeitas com o próprio corpo. Quanto ao tempo de mastectomia, as participantes apresentaram uma média de seis anos de cirurgia (DP= 3,7).

Ainda, com relação a este instrumento, a maioria das participantes disse usar a prótese móvel feita de alúmina ou silicone. No que concerne à qualidade da prótese, elas disseram preferir a prótese de alúmina doada por uma instituição filantrópica, pois a prótese que é doada pelo SUS, em geral, não corresponde ao tamanho da outra mama. As falas dizem que as próteses doadas pelo SUS são pesadas e grandes ou pequenas demais, machucam por ser muito duras.

Neste sentido, pode-se pensar que o Governo ao preocupar-se em fazer um controle epidemiológico da doença, negligencia a experiência subjetiva decorrente da alteração da imagem corporal, o que acarreta na fragilidade o cuidado integral ofertado. Na prática o que se percebe é que o Estado visa monitorar a reincidência do câncer de mama a partir de exames preventivos a nível secundário, porém não investe na reintegração social e laboral das mulheres que se submeteram a mastectomia.

No que se refere ao segundo objetivo “descrever os elementos figurativos associados às representações sociais do corpo mastectomizado”, e ao terceiro objetivo específico “identificar as objetivações e ancoragens associadas à expressão corpo mastectomizado”, pode-se dizer o uso da Técnica do Desenho-estória com Tema articulado ao uso da Entrevista Semiestruturada permitiu analisar a dimensão imagética e verbal das representações sociais, respectivamente terceiro e quarto objetivo específico. Os resultados advindos tanto dos desenhos-estória, quanto das entrevistas, desvelam a indissociabilidade entre o sujeito da representação, o objeto representacional e o lugar de pertencimento grupal.

Através da análise da dimensão imagética foi possível verificar que a iconicidade atribuída ao corpo mastectomizado objetiva-se na imagem figurativa de corpos marcados pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Grafismos associados aos enunciados *defeituoso, mutilado, costurado, diferente* dão o tom acinzentado da assimetria corporal, que se ancora na ideia de estigmatização.

Já a presença icônica das mamas, objetiva-se na atitude favorável frente à reconstrução mamária e ao uso de prótese móvel que coloca no sutiã. Os enunciados *usar, prótese, reconstrução* que foram evocados durante as entrevista e presente nas unidades de análise, ancoram-se nas estratégias de ajustamento social, enquanto investimento estético.

Ainda com relação à dimensão imagética das representações sociais do corpo mastectomizado, pode-se afirmar que os resultados apreendidos através dos desenhos-estória revelam que a ausência da(s) mama(s), a alopecia e a assimetria anatômica entre os membros superiores, emergem como ícones que marcam a diferença, na medida em que dão visibilidade aos corpos afetados pelo tratamento do câncer de mama. Deste modo, considera-se que a reconfiguração anatômica ilustrada pelas projeções gráficas que fazem alusão a presença de cabelos na cabeça, também, desvelam a tentativa de retificar subjetivamente a pertença grupal.

A partir das palavras *braço, incha, limita, serviço, varrer, comida, pano, trabalhar* é possível visualizar, a partir da dimensão verbal das RS do corpo mastectomizado, as limitações funcionais que assolam as mulheres que após a mastectomia tiveram linfedema. Nesta mesma linha de raciocínio, os vocábulos *físico, cansado, sensação, estressada* tornam inteligíveis a experiência subjetiva dessas mulheres que além de lidar com aspectos psicossociais desencadeados pela a imagem do

corpo modificado pela mastectomia, também precisam acionar um potencial criativo para gerenciar as limitações cravadas na estrutura física/anatômica.

Num sentido figurativo, numa dimensão verbal, as entrevistadas evocaram o vocábulo *Deus* como principal suporte de proteção não apenas para o corpo, “de órgãos”, marcado pela mastectomia, sobretudo para a estrutura simbólica que medeia às relações que a mulher mastectomizada mantém com ela mesma e com as pessoas ao seu redor. Diante deste achado, considera-se que a busca religiosas pode ser o resultado da procura por uma explicação, um sentido que torne a vida mais coerente. No que diz respeito às demandas de cuidado, ainda pode-se considerar que as participantes deste estudo recorrem às estratégias de cuidado objetivadas nos suportes: multiprofissional, sóciofamiliar, instrumental e espiritual, pois a consolidação das redes de suporte de cuidado diminui a margem de exclusão social.

Face às elucidações anteriores, cabe registrar a relevância que o recurso do desenho-estória articulado a entrevista semiestruturada possibilitou ampliar os conhecimentos acerca do corpo mastectomizado, uma vez que o recurso do desenho permitiu acessar conteúdos latentes armazenados no espaço relacional, na zona do não dito, concomitantemente, verificou-se que as participantes, a partir desta técnica se percebem como sujeitos da ação, não daquela apresentada no momento da coleta de dados, mas da sua própria história, pois à medida que falam produzem sentidos não apenas sobre o corpo como entidade orgânica, mas sobre o corpo como um correspondente simbólico que foi atravessado por crenças, valores, atitudes, estereótipos quando foi acometido pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

A iconicidade das imagens expressas através dos grafismos indica a presença subjetiva do sujeito da representação, na medida em que o signo icônico faz referência a realidade prática, experimentada no cotidiano das relações interpessoais,

inter(intra)grupais. Neste sentido, objetivado enquanto estrutura simbólica, o corpo mastectomizado emerge como espaço de significação e comunicação, já que ao ser atravessado pelo diagnóstico e o tratamento de câncer de mama emerge como ícone de linguagem.

Com relação aos processos de análise, pode-se dizer que o uso Técnica de Análise de Conteúdo Temática possibilitou acessar a polissemia de signos e símbolos associados ao esquema figurativo das representações sociais do corpo mastectomizado, enquanto que a análise lexicográfica através do uso do Alceste desvelou os contextos sociais onde os discursos sobre o corpo mastectomizado foram forjados. Em especial, o uso desse *software* permitiu contextualizar as entrevistas, por meio de uma classificação estatística que permitiu explorar a estrutura e a organização do discurso das participantes, assim foi possível acessar as relações entre os universos lexicais que possivelmente seria difícil de identificar através da Técnica de Análise de Conteúdo, nos moldes tradicionais.

As representações sociais sobre o corpo mastectomizado se processam nos contextos de interações sociais, através da ação comunicativa no lugar da pertença, ou seja, no espaço subjetivo que caracteriza o grupo ou comunidade a partir de um sistema de pensamento que expressa saberes e fazeres construídos de forma compartilhada. Ao representar a imagem de um corpo alterado pelo tratamento do câncer de mama, as participantes desta pesquisa evocaram conteúdos mnemônicos associados à experiência traumática provocada pela zona de tensão que se instaura a partir da mastectomia.

Ainda, vale salientar que os resultados apreendidos por esta pesquisa apontam para inúmeras dificuldades enfrentadas pela mulher após a mastectomia, tais como o comprometimento da sua autoimagem; os efeitos colaterais da quimioterapia adjuvante, destacando-se a alopecia; o preconceito; a dor e as dificuldades físicas. Deste modo, os

saberes sobre o corpo emergem a partir de uma construção coletiva através do uso da linguagem associado às experiências intersubjetivas, na medida em que orientam e influenciam as comunicações e condutas lugar da pertença.

Em face dessas considerações, pensa-se que as RS forjadas neste estudo, marcam o corpo mastectomizado como lugar de interdições e intervenções, já que ao adoecer de câncer de mama a mulher demanda um atendimento integral, que possibilite um espaço de fala para esse corpo que padece ao mesmo tempo em que valorize o saber do outro, e as experiências intersubjetivas. Neste sentido, os profissionais de saúde (médicos, fisioterapeutas, enfermeiros e psicólogos) precisam estar cientes da responsabilidade sobre o acolhimento integral às mulheres que tem suas vidas atravessadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Contudo, ressalta-se que a condição de vulnerabilidade e fragilidade humana, em algum momento assolou as mulheres que participaram desta pesquisa, por esta razão, houve uma flexibilidade frente aos horários de agendamento para aplicação dos instrumentos, portanto, sugere-se considerar as particularidades desse público para futuras pesquisas. Diante das dificuldades de ordem práticas experimentadas pelas participantes deste estudo, não foi possível ampliar o número da amostra, por isso sugere-se como desdobramento deste estudo para outras pesquisas, a ampliação do número de participantes.

Quanto às temáticas trabalhadas, sugere-se que outras pesquisas também possam contemplar aspectos com relação ao gênero e ao exercício da sexualidade, já que o material textual apreendido neste estudo não possibilitou dissertar sobre. Por fim, preconiza-se que os resultados esta tese subsidiem a oferta de cuidado humanizado, no que diz respeito demanda de cuidado integral relativa às mulheres que em decorrência do câncer irão precisar retirar a(s) mama(s).

REFERÊNCIAS

- Acioli, S. (2008). Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. Em: Pinheiro, R. & Matos, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 189-206.
- Albrecht C. A. M. (2011). *Análise de sobrevivência de pacientes com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia, na cidade de Vitória, Espírito Santo*. [dissertação]. Vitória, ES. Universidade Federal do Espírito Santo.
- Almeida, A. M. O.; Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (orgs.). (2011) *Teoria das Representações Sociais: 50 anos*. Brasília: Technopolitik.
- Alves, N. C. (2011). Câncer de mama e corpo feminino: análise a partir de depoimentos orais. *Revista de Psicologia da UNESP*. São Paulo. 10(2). p.28-35.
- Alves, D.; Pinto, M.; Alves, S.; Mota, A. & Leirós, V. (2009) Cultura e Imagem corporal. *Motricidade*. Fundação técnica do desporto. 5, (1), p. 1-20.
- Amorim, C. M. B. F. (2007). *Doença Oncológica da Mama: Vivências de Mulheres Mastectomizadas*. [tese de doutorado]. Instituto Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Portugal. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.Pdf>.
- Andrieu, B. (2006). Corps. Em: Andrieu, B. (Org.) *Le Dictionnaire Du Corps En Sciences Humaines E Sociales* (Pp. 103-104). Paris: CNRS Editions.
- Andrieu, B.; Boetsch, G. (Org.) (2008). *Dictionnaire Du Corps*. Paris: CNRS Editions..
- Arantes, S. L.; Mamede, M. V. (2003). A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 11, (1), p. 49-58.
- Arendt, H. (2010). *A Condição Humana*. 11ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Arruda, A. (2003). Viver é muito perigoso: a pesquisa em representações sociais no meio do rodado. Em: Coutinho, M. P. L. et al. *Representações Sociais: abordagem interdisciplinar*. Editora Universitária/UFPB; p. 11-31.
- Assumpção Jr., F. B. (2004). A questão da beleza ao longo do tempo. Em: Busse, S. R. (org.). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole, p. 01-12.
- Aureliano, W. A. (2006). Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande/PB. [dissertação]. Campina Grande, PB. Universidade Federal da Paraíba.
- Aureliano, W. A. (2007a). Vênus Revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama. Em: *Barbarói*. Santa Cruz do Sul, n. 27, jul./dez.

- Aureliano, W. A. (2007b). A destruição da Parte e a (re)construção do Todo: identidade e corpo na experiência do câncer de mama. *Revista Antropológicas*, 18, p. 239-274.
- Aureliano, W. A. (2009) “... e Deus criou a mulher”: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. *Estudos Feministas*. Florianópolis, 17, (1), p. 49-70; jan/abr.
- Azevedo, R. F. & Lopes, R. L. M. (2010). Revising the contributions of mammary reconstruction for women after mastectomy for cancer. *Revista de Enfermagem*. UERJ, Rio de Janeiro, 18, (2), p. 298-03; abr/jun.
- Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, 8 (14), fev. [online] Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005>>.
- Backes, M. T. S. et al. (2010). Noções de natureza e derivações para a saúde: uma incursão na literatura. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300003&lng=en&nrm=iso>.
- Bampi, L. N. S.; Guilhem, D. & Alves, E. D. (2010). Social model: A new approach of the disability theme. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.18, n.4, p.816-823. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000400022&script=sci_arttext&tlng=pt>
- Barbosa, M. R.; Matos, P. M. & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), p. 24-34.
- Barreto, A. S. B.; Mendes, M. F. M. & Thuler, L.C.S. (2012). Avaliação de uma estratégia para ampliar a adesão ao rastreamento do câncer de mama no Nordeste brasileiro. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 34(2), 86-91. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032012000200008&lng=en&tlng=pt>.
- Barros, D. D. (2005). Imagem corporal: A descoberta de si mesmo. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*. Rio de Janeiro. 12, p. 547-554.
- Bártolo, J. (2007). *Corpo e Sentido: estudos intersemióticos*. Covilhã: Livros LabCom.
- Bellini, L. (2011). Notas sobre representação do corpo e cultura médica no Portugal Moderno. *Caderno CRH*, Salvador, 24, (61), p. 97-108, jan./abr.
- Berger, P. E; Luckmann, T. (1985). *A construção social da realidade: Tratado de Sociologia do Conhecimento*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.
- Berger, M. (2008). *Mídia e espetáculo no culto ao corpo: o corpo miragem*. Disponível em: <<http://www.mirelaberger.com.br/mirela/download/pdf>>.

- Bervian, P.I. & Girardon-Perlini, N.M. (2006). A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev. Bras. Cancerol.*, v.52, n.2, p.121-8,
- Bessa, K. (2007). *Papel da mulher na sociedade ao longo da história*. Disponível em <<http://pt.shvoong.com/social-sciences/sociology>>.
- Bhabha, H. K. (2007). *O local da cultura*. Belo Horizonte: UFMG.
- Blanchot, M. (1997). *A Parte do Fogo*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Bianchetti, L.; Freire, I. M. (2006) *Um olhar sobre a diferença*. São Paulo: Papyrus.
- Bittencourt, A.R.; Alves, D.Y.; Luzia, N.S.; Menezes, M.F.B. & Sória, D.A.C. (2009). A Temática da Imagem Corporal na Produção Científica Nacional da Enfermagem: um Destaque para os Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 55, (3), p. 271-278
- Bhaskar, R. (1996). Realismo. Em: Outhwaite, W. E.; Bottomore, T. *Dicionário do Pensamento Social do Século XX*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Blood, S. K. (2005) *Body work: the social construction of women's body image*. Canadá. Routledge.
- Blumer, H. (1969). *Symbolic interactionism: Perspectives and methods*. New Jersey: Prentice Hall.
- Boff, L. (2008). *Saber Cuidar: Ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes.
- Boff, L. (2005). *Virtudes para um mundo outro mundo possível, vol. I. Hospitalidade: direito e dever de todos*. Petrópolis: Vozes.
- Bonin, L. F. R. (2012). Indivíduo, cultura e Sociedade. In: Jacques, M. G. C. et.al. (orgs.). *Psicologia Social Contemporânea: livro-texto 18ª ed.*, Petrópolis. Vozes. p. 58-72.
- Bonumá, T. (2009). A beleza no tempo. *Revista Cultura*. 25ªed. Disponível em <http://www.revistadacultura.com.br:8090/revista/rc25/inc_comum/revista_cultura_site_25.pdf>.
- Brandini, V. (2007). Bela de doer, chic de doer, do corpo fabricado pela moda: o corpo como comunicação, cultura e consumo na modernidade urbe. *Contemporânea – Revista de Comunicação e Cultura*, v.5, n 1 / 2, dez. 2007. p.1-28. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/contemporaneaposcom/article/viewArticle/3508>>.

- Brant, L. (2005). *Diversidade Cultural. Globalização e culturas locais: dimensões, efeitos e perspectivas*. São Paulo: Escrituras. p. 24-45.
- Brasil. (2009). *Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=mapa.asp&ID=13>>.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>.
- Busse, S. R. (2004). *Anorexia, bulimia e obesidade*. Barueri: Manole.
- Caetano, E. A.; Panobianco, M. S. & Gradim, C. V. C. (2012). Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas Em: *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [online]. out/dez;14(4), p. 965-73. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n4/v14n4a26.htm>>.
- Camargo, B. V.; Goetz, E. R.; Bousfield, A. B.; & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. Em: *Temas em Psicologia*. 19(1), p. 257 - 268.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M. & Alves, C. D. B. (2011). As funções sociais e as representações sociais relacionadas ao corpo: uma comparação geracional. Em: *Temas em Psicologia*. 19(1), p. 269 - 281.
- Camargo, B. V.; Justo, A. M. & Jodelet, D. (2010). Normas, Representações Sociais e Práticas Corporais. Em: *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*. 44(3), p. 449-457.
- Cameron, C. (2010). *Does anybody like being disabled? A critical exploration of impairment, identity, media and everyday experience in a disabling society*. [PhD thesis]. Queen Margaret University, 288 f.. Disponível em: <<http://etheses.qmu.ac.uk/258/>>.
- Campos, E. P. (2005). *Quem cuida do Cuidador*. Petrópolis: Vozes.
- Cantinelli, F. S.; Camacho, R. S.; Smaletz, O.; Gonsales, B. K.; Braguittoni, E. & Rennó JR., J. (2006) A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*. São Paulo, 33, (3); p. 124-133. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/pdf/124.pdf>>.
- Carvalho, A. P. R. D., Santos, T. M. B. D., & Linhares, F. M. P. (2012). Promoção do autocuidado a mulheres mastectomizadas. *Cogitare Enfermagem*, 17, (3); p. 485-491.
- Castro, A. (2011). Saúde e estética: a medicalização da beleza. *RECIIS*, v.5(4), p.14-23, Dez. Disponível em: <<http://www.reciis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/553/945>>.

- Castro, F. S. & Landeira-Fernandez, J. (2011). Alma, corpo e a antiga civilização grega: as primeiras observações do funcionamento cerebral e das atividades mentais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, 24, (4); p. 798-809. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/188/18821437021.pdf>>.
- Cavalcanti, D. R. M. (2005). O surgimento do conceito “corpo”: implicações da modernidade e do individualismo. *CAOS – Revista Eletrônica de Ciências Sociais*; n.9, set., p.53-60. Disponível em <<http://www.cchla.ufpb.br/caos>>.
- Ceccarelli, P. R. (2011). Uma breve história sobre o corpo. Em: Lange & Tardivo (org.). *Corpo, Alteridade e Sintoma: diversidade e compreensão*. São Paulo. Vetor, p. 15-34.
- Cesnik, V. M. & Santos, M. A. (2012). Mastectomia e Sexualidade: Uma Revisão Integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), p. 339-349.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator de life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, p. 3000-314.
- Conceição et.al. (2013). Representações Sociais sobre o tratamento quimioterápico por clientes oncológicos *Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva*
- Corbin, A; Courtine, J.J; Vigarello, G. (2008a). *História do Corpo*: 1. da Renascença às Luzes. 2ªed. Petrópolis. Vozes.
- Corbin, A; Courtine, J.J & Vigarello, G. (2008b). *História do Corpo*: 2. da Revolução à Grande Guerra. 2ªed. Petrópolis. Vozes.
- Corbin, A; Courtine, J.J & Vigarello, G. (2008c). *História do Corpo*: 3. As Mutações do olhar – o século XX. 2ªed. Petrópolis. Vozes.
- Correia, G. N.; Oliveira, J. & Mesquita-Ferrari, R. A. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. *Revista Fisioterapia e Pesquisa*. São Paulo. 14, (3), p.31-36.
- Costa, J. F. (2004). *O vestígio e a aura*: corpo e consumismo na moral do espetáculo. Rio de Janeiro: Garamond.
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão Infantil*. João Pessoa: UFPB.
- Coutinho, M. P. L.; Nóbrega, S. M. & Catão, M. F. F. M. (2003). Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. Em: Coutinho, M. P. L. et al. *Representações Sociais: abordagem interdisciplinar*. Editora Universitária/UFPB; p.50-66.
- Coutinho, M. P. L.; Sá-Serafim, R. C. N. & Araújo, L. S. (2011). A aplicabilidade do desenho-estória com tema no campo da pesquisa. Em: Coutinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa, PB. Editora Universitária. Cap. VII, p. 205-250.

- Cummins, R. (2003). Normative Life Satisfaction: measurement issues and homesostatic model. *Social Indicators Research*. 64, (2). Kluwer Academic Publishers. The Netherlands. p.225-256.
- Dantas, J. B. (2011). Um ensaio sobre o culto ao corpo na contemporaneidade. *Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia*, Rio de Janeiro, 11, (3), p.898-912.
- Deschamps, J-C. & Moliner, P. (2009). *A identidade em Psicologia Social: dos processos identitários às representações sociais*. Petrópolis: Vozes.
- Ely, J. F. & Ely, P. B. (2003). Pré e pós-operatório em cirurgia plástica. Em: Pré e pós-operatório em cirurgia geral especializada. Porto Alegre: Artmed.
- Fanjul, C. & González, C. (2009). La creati-vidad publicitaria y su influencia social en la vigo-rexia masculina. *Questiones publicitarias*, 14. Disponível em: <<http://www.maceei.es>>.
- Farias, R. A. R.; et al. (2008). Mudanças biopsicossociais e espirituais na mulher mastectomizada. *Revista Pesquisa e Saúde*, 13, (1), jan-abr, p. 34-39.
- Featherstone, M. (2010). Body, image and affect in consumer culture. In: *Body & Society*, 16, (1), p.56-72.
- Felix, J. D.; Zandonade, E.; Amorim, M. H. C. & Castro, D. S. (2012). Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste - Brasil (1998 a 2007). *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17, (4), p. 945-953.
- Ferreira, C. B.; Almeida, A. M. & Raserá, E. F. (2008). Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. *Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12; (27), p.863-871. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400015&lng=en&tlng=pt>.
- Ferreira LM, Schor N. (2007). *Guia de cirurgia plástica*. Barueri: Manole.
- Fleck, M. P. A.; Leal, O. F.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 21; (1), p.19-28
- Fleck, M. P. A. (2008). *Avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais de saúde – Conceitos e aplicações do WHOQOL*. Porto Alegre. Artmed.
- Foucault, M. (2002). *História da sexualidade: o cuidado de si - vol.3 (3ª ed.)*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2003). *Microfísica do Poder*, 18ªed. Rio de Janeiro: Graal.

- Franken, I.; Coutinho, M. P. L. & Ramos, N. (2008) Migração, qualidade de vida e saúde mental: um estudo com brasileiros migrantes. Em: Ramos, N. (org.) *Saúde, migração e interculturalidade: perspectivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Editora universitária da UFPB; p. 177-211.
- Freitas, C. M. S. M.; Lima, R. B. T.; Costa, A. S. & Lucena Filho, A. (2010). O padrão de beleza corporal sobre o corpo feminino mediante o IMC. *Revista Brasileira Educ. Fís. Esporte*, São Paulo, 24, (3), p.389-404, jul./set.
- Furlan, R.; Bocchi, J. (2003). O corpo como expressão e linguagem em Merleau-Ponty. *Revista Estudos de Psicologia*, Natal, v.8 (3), p.445-50.
- Furlan, M. C. R.; Bernardi, J.; Vieira, A. M.; Santos, M. C. C. & Marcon, S. S. (2012). Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. *Ciência, Cuidado & Saúde*. Maringá. Jan/Mar; 11(1), p. 66-73
- Hirata, E.; Pilati, R. (2010). Desenvolvimento e validação preliminar da Escala Situacional de Satisfação Corporal - ESSC. EM: *Revista Psico-USF*, Itatiba, 15, (1), abril. p. 1-11.
- Gama, D. R. N.; Gama, A. P. B. N. (2009). O corpo como uma fábrica de sonhos: representações sociais de corpo entre mulheres praticantes de atividade físicas que fizeram intervenções cirúrgico plásticas corretivas. *Revista Digital*. Buenos Aires. Año 13, n.128, enero. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>.
- Garrini, S. P. F. (2007). Do Corpo Desmedido ao Corpo Ultramedido. Reflexões sobre o Corpo Feminino e suas Significações na Mídia Impressa. Em: *Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação*. V Congresso Nacional de História da Mídia – São Paulo – 31 maio a 02 de junho [online]. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/.../R0037-1.pdf>>
- Geertz, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro. Jorge Zahar.
- Geertz, C. (1997). *O saber local: novos ensinamentos em antropologia interpretativa*. Petrópolis. Vozes.
- Gélis, J. O Corpo, a igreja e o sagrado. Em: Corbin, A; Courtine, J.J; Vigarello, G. (2008a). *História do Corpo: 1. da Renascença às Luzes*. 2ªed. Petrópolis, Vozes. Cap.1, p.19-130.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5ªed. São Paulo: Atlas.
- Giordani, R. C. F. (2006). A Auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. *Revista Psicologia & Sociedade*, 18, p.81-88.
- Goellner, S. V. (2010). A produção cultural do corpo. Em: Louro, G. L.; Felipe, J. Goellner, S. V. (orgs.) *Corpo, Gênero e Sexualidade: um debate contemporâneo*. 5ªed. Petrópolis. Vozes.

- Goetz, E. R. G., Camargo, B. V., Bertoldo R., & Justo, A. M. (2008). Representações sociais do corpo na mídia impressa. *Psicologia e Sociedade*, 20, (2), p. 226-236.
- Goffamn, E. (2008). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ªed. Rio de Janeiro. Vozes.
- Goldenberg, M. (2007). *O corpo como capital: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira*. São Paulo: Estação das Letras e Cores.
- Goldenberg, M. (2008). *Coroas: corpo, envelhecimento, casamento e infidelidade*. Rio de Janeiro: Record.
- Goldenberg, M. (2010). *O Corpo como Capital: estudos sobre gênero, sexualidade e moda na cultura brasileira*. 2ª ed. São Paulo: Estação das Letras e Cores.
- Goldenberg, M. (2011a). Corpo, envelhecimento e felicidade na cultura brasileira. Em: *Revista Contemporânea*. 18ªed., 9(2), p. 77-85. Disponível em: < <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/contemporanea/issue/view/198/showToc>>.
- Goldenberg, M. (2011b). Afinal, o que quer a mulher brasileira? *Revista de Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro, (23), 1, p.47 – 64.
- Gonçalves, M. A. S. (1994). *Sentir, Pensar, Agir, Corporeidade e Educação*. Campinas: Papirus.
- Gonçalves, S. C. M. & Dias, M. R. (1999). A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. Em: *Rev. Estudos de Psicologia*, Natal, 4, (1), 141-159.
- Gorisek, B.; Kranjnc, P & Krainc, A.I. (2009). Quality of Life and the Effect on Social Status among Slovenian Women after Breast Cancer Treatment. Em: *The Journal of International Medical Research*; 37; p. 557-566.
- Gozzo, T. O.; Lopes, R. R.; Prado, M.S.; Cruz, L. A. P & Almeida, A. M. (2012). Informações Para A Elaboração De Um Manual Educativo Destinado Às Mulheres Com Câncer De Mama. *Esc. Anna Nery*. abr -jun; 16, (2), p.306-311.
- Greiner, C. (2005). *O corpo*. São Paulo: Annablume.
- Grzybowski, M. A.; Schmidt, C. & Borges, V. R. (2008). A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. *Revista Psicologia hospitalar*. São Paulo. 6, p. 82-96. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n1/v6n1a07.pdf>>.
- Guerra, M. R.; Gallo, C. V. M. & Mendonça, G. A. S. (2005). Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51, (3), p. 227-234.

- Hoffman, F. S.; Müller, M. C. & Rubin, R. (2006). A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14 (2) 143-150, Jul-Dez.
- Huguet, P. R.; Morais, S. S.; Osis, M. J. D. & Pinto-Neto, A. M. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 31, (2), p.61-7.
- Januzzi, M. (2004). Repensando a prática de uso de indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas municipais. *Qualidade de vida, observatórios experiências e metodologias*. São Paulo. Anablume. Fapesp; p. 53-71.
- Jodelet, D. (1984). The representation of the body and its transformations. Em: Farr, R.; Moscovici, S. (Orgs.), *Social representations*. Cambridge: Cambridge University.
- Jodelet, D. (1994). Le corps, la personne et autrui. In Moscovici, S. (org.) *Psychologie sociale des relations à autrui*. Paris: Nathan. p.41-68.
- Jodelet, D. (2001). *Representações Sociais*. Rio de Janeiro, UERJ.
- Jodelet, D. (2009). O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. *Sociedade e Estado*. Brasília, 24, (3), p.679-712, set./dez.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura*. Petrópolis. Vozes.
- Justo, A. M.; Camargo, B. V. (2013). Corpo e cognições sociais. *Liberabit*. Lima: Peru. 19, (1) p. 21-32.
- Kappaun, N. R. C. & Ferreira, M. E. C. (2008). A Imagem Corporal de Mulheres Mastectomizadas. *HU revista*, Juiz de Fora, 34, (4), p. 243-248, out./dez.
- Kim, J. & Lennon, S. (2007). Mass Media and Self-Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies. *Clothing and Textiles Research Journal*. 25, p3-23.
- Le Breton, D. (2011). *Antropologia do Corpo e Modernidade*. Rio de Janeiro. Vozes.
- Le Breton, D. (2007). *A sociologia do corpo*. Rio de Janeiro. Vozes.
- Le Breton, D. (2003). *Adeus ao Corpo: antropologia e sociedade*. Campinas. Papirus.
- Le Goff, J., Truong, N. (2006). *Uma história do corpo na idade média*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira.
- Leite, J. M. S. (2008). Vigilância Epidemiológica e Prognóstico de Sobrevida de Pacientes com Câncer de Colo de Útero. *Brasília Med*; 45(2): 92-106. Disponível em: <[http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/_04_art_esp_Vigilancia...._bsbmed_42\(2\)_20pdf](http://www.ambr.com.br/rb/arquivos/_04_art_esp_Vigilancia...._bsbmed_42(2)_20pdf)>.

- Leite, F. M. C.; Gonçalves, C. R. A.; Amorim, M. H. C. & Bubach, S. (2012). Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres. *Cogitare Enferm.* 17, (2), p.342-347, abr/jun. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27896/18553>>.
- Lévi-Strauss, C. (2003) Introdução à obra de Marcel Mauss Em: Mauss, M. *Sociologie et Anthropologie*, São Paulo: Cosac&Naify.
- Lima, L. C. Programa Alceste, primeira lição: a perspectiva pragmática e o método estatístico. *Revista de Educação Pública*. Cuiabá. 17, (33), p. 83-87, jan./abr.
- Lima, E. D. R. P. & Penido, I. S. O. (2007) Orientação de enfermagem ao paciente em tratamento quimioterápico: uma revisão de literatura. *Rev Nursing*. 111(10), p. 372-376.
- Lopes, J. P. (2008). *As cirurgias estéticas na sociedade de consumo: análise psicossocial das metamorfoses do corpo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza-CE.
- Lutero, M. (1992). Debate do Reverendo Senhor Dr. Martinho Lutero Acerca do Humano 1536. *Obras Seleccionadas*. São Leopoldo: Sinodal; Porto Alegre. Concórdia, v.3.
- Machado, R. F. (2011). Humanidade, Saúde e Crise de Corporeidade na Pós-Modernidade. *Teocomunicação*. Porto Alegre. 41, (2); p.315-324, jul./dez.
- Maciel. S. C.; Sá-Serafim, R. C. N. (2013). Câncer de Mama e mastectomia: representações da doença e do corpo. Em: Angerami-Camon, V. A. & Gaspar, K. C. *Psicologia & Câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Cap. 18, p. 487 - 510.
- Makluf, A. S. D.; Dias, R. C.; Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, 52, (1), p.49-58.
- Manfredini, R. L. (2011). Breast reconstruction with permanent expander: a different approach. *Rev. Bras. Cir. Plást. (Impr.)*, São Paulo, 26, (3), Set.
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2009). *Fundamentos de metodologia científica*. 6ªed. São Paulo: Atlas.
- Marková, I. (2006). *Dialogicidade e Representações Sociais: as dinâmicas da mente*. Petrópolis. Vozes.
- Maroun, K.; Vieira, V. (2008). Corpo: uma mercadoria na pós-modernidade. *Psicol. rev. (Belo Horizonte)*, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, dez. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000200011&lng=pt&nrm=iso>.

- Martinelli, M. L. (2007). O exercício profissional do assistente social na área da saúde: algumas reflexões éticas. *Serviço Social & Saúde*. 6, (6), p. 22-23.
- Martins, N. A. & Borges, G. F. (2012). O Corpo com Deficiência: Uma Reflexão sobre os Modelos de Saúde. *Saúde e Pesquisa*. 5, (2), p.-378-385. Disponível em: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/saudpesq/issue/view/105>>
- Martins, P. H. (2008). De Lévi-Strauss a M.A.U.S.S. - Movimento antiutilitarista nas ciências sociais: itinerários do dom. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. 23, (66), p. 105-130. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-69092008000100007>>.
- Mauss, M. (2003). *Sociologia e antropologia*. São Paulo: Cosac & Naify.
- Matos, J.C.; Carvalho, M.D.B.; Pelloso, S.M.; Uchimura, T.T. & Mathias, T.A.F (2009). Mortalidade por câncer de mama em mulheres do município de Maringá, Paraná, Brasil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [Internet] set;30(3):445-52. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8989/6994>>.
- Matos, J. C.; Pelloso, S. M. & Carvalho, M. D. B. (2010). Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*; 18, (3), mai-jun. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_09.pdf>.
- Matos, J. C.; Pelloso, S. M. & Carvalho, M. D. B. (2011). Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, (5), p. 888-898. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500007&lng=en&tlng=pt>.
- McLaughlin, J.; Horwitz, A. V. & White, H. R. (2002). The differential importance of friend, relative and pather relationships for the mental health of young adults. In: Levy, J. A. & Pescosolido, B. A. (Eds.) *Social networks and Health*. Oxford: Elsevier Science.
- Melo, E. M.; Silva, R. M da & Fernandes, A. F. C. O (2005). relacionamento familiar após mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 219-225. jul. 2005. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf>.
- Mendes, M. I. B. de S. & Nóbrega, T. P. (2004). Corpo, natureza e cultura: contribuições para a educação. *Revista Brasileira de Educação*, 27, p. 125-137, set/out/nov/dez.

- Mery, E. E. (2007). Gestão da produção do cuidado e clinica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção de cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense - *Instituto de Saúde da Comunidade Pós-Graduação em saúde coletiva*. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: HUCITEC.
- Mineo, F. L. V.; Matos, L. F. B.; Lima, S. S.; Deluque, A. L.; Ferrari, R. (2013). Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 4, (2). Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/279/pdf>>.
- Miranda, J. J. (2011). Saúde e doença na antiguidade: a influência do conceito greco-romano sobre o judaísmo bíblico e o novo testamento. *Hermenêutica*. 11; (1), p. 135-157. Disponível em: <<http://www.revistahermeneutica.com.br/index.php/hermeneutica/article/view/48/52>>.
- Moreira, E. C. H. & Manaia, C. A. R. (2005). Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. *Semina - Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, 26, (1), p. 21-30, jan./jun.
- Morin, E. (2005). *O método 5: a humanidade da humanidade – identidade humana*. Porto Alegre. Sulina.
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse son image et son public*. (2ªed). Paris: Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1978). *A representação social da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Moscovici, S. (2011). *Representações Sociais: Investigações em psicologia social* 8ªed. Petrópolis. Vozes.
- Muela, C. (2008). La representación del cuerpo en la publicidad gráfica: funciones comunicativas y tipología, *Questiones publicitarias*, 1, (13), p.10-26. Disponível em: <<http://www.maecei.es>>.
- Müller, M. C., Hoffmann, F. S., & Fleck, P. (2006). A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. Em B. S. G. Werlang & M. S. Oliveira (orgs.), *Temas em psicologia clínica*. São Paulo. Casa do Psicólogo; p. 203-208.
- Munhoz, A. M.; Aldrighi, C.; Ferreira, M. C. (2007). Paradigms in oncoplastic breast surgery: a careful assessment of the oncological need and esthetic. *Breast Journal*. 13, (3), p. 326-327.

- Nascimento-Schulze, C. M.; Camargo, B. V. (2000). Psicologia social, representações sociais e métodos. *Temas de Psicologia*; 8, p. 287-299.
- Neighbors L. A., Sobal J. (2007). Prevalence and magnitude of body weight and shape dissatisfaction among university students. *Eat Behav*; 8(4), p. 429-39.
- Neves, A. N. et al. (2012). Associações e diferenças entre homens e mulheres na aceitação de cirurgia plástica estética no Brasil. Em: *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*. 27, (1), p. 108-114.
- Nóbrega, T.P.; Vieira, M. S. (2011). Um corpo lírico: elementos para compreender o pastoril como fenômeno estético, poético e cultural. *European Review Of Artistic Studies*. 2, (2), p. 13- 30.
- Novaes, J.V. (2005). Quando a praia não é para todos... Corpo, sociabilidade e exclusão. Em: Castro, R.V.D.; Vilhena, J.; Zamoya, M.H. *As cidades e as formas de viver*. Museu da Republica. Rio de Janeiro.
- Novaes, J. V. (2006) *O intolerável peso da feiura: Sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro. PUC-RIO: Garamond Universitária.
- Novaes, J. V. (2007) Sobre a tirania da beleza. *Revista Polêmica*, 18. Disponível em: http://www.polemica.uerj.br/pol18/oficinas/lipis_4.htm
- Novaes, J.V. (2008) Vale quanto pesa. Sobre mulheres, beleza e feiura. Em: Cassotti, Suarez & Campos (orgs) *O Tempo da Beleza. Consumo e Comportamento feminino*. Novos Olhares. Rio de Janeiro. SENAC.
- Novaes, J.V. (2010) O corpo pós-humano. Notas sobre arte, tecnologias e práticas corporais contemporâneas. Em: *Estudos Interdisciplinares II*, (2) p. 406-419.
- Oliveira, D. (2011). A teoria de representações sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. Em: Almeida, A. M. O; Santos, M. F. S. & Trindade, Z. A. (orgs.). *Teoria das representações sociais: 50 anos*. Brasília. Technopolitik.
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2006). União Internacional de Combate ao Câncer. *Acción Mundial Contra el Cancer*. Genebra. Disponível em: <http://www.uicc.org/fileadmin/abaout/accion.pdf>.
- Pagni, P. A.; Silva, D. J. (2007). *Introdução à Filosofia da Educação: temas contemporâneos e história*. São Paulo. Avercamp.
- Palmonari, A. (2009). A importância da teoria das representações para a psicologia social. Em: Almeida, A. M. O.; Jodelet, D. (orgs.). *Interdisciplinaridade e diversidade de paradigmas*. Brasília: Thesaurus. p. 35-50.

- Panobianco, M; Mamede, M. V.; Almeida, A. M.; Clapis, M. J.; Ferreira, C. B. (2008). Experiência de mulheres com linfedema pós-mastectomia: significado do sofrimento vivido. *Psicologia em Estudo*, Maringá. v. 13,(4), Dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000400019&lng=en&nrm=iso>. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000400019>>.
- Peirce, C. S. (1978). *Écrits sur le signe*. Paris: Seuil. p. 269.
- Pelegri, T. (2006). Imagens do corpo: reflexões sobre as acepções corporais construídas pelas sociedades ocidentais. [versão online]. *Revista Urutágua*, 08. Disponível em: <http://www.urutagua.uem.br/008/08edu_pelegri.htm>. Acessado em 12/01/2012.
- Peregrino, A.A.F.; Vianna, C.M.M.; Caetano, R.; Mosegui, G.B.G.; Almeida, C.E.V.; Machado, S.C.F. (2010). Análise de custo-efetividade da idade de início do rastreamento mamográfico. *Revista Brasileira Cancerologia*; 56, (2):187-93.
- Pereira, S. G.; Rosenhein, D. P.; Bulhosa, M. S. & Lunardi, V. I. (2006). Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. *Revista Brasileira. Enfermagem* p. 791-795. nov-dez.
- Peres, R.S.; Santos, M.A. (2009). Personalidade e câncer de mama: Produção científica em Psico-oncologia. *Revista. Psicologia: Teoria e Pesquisa*; 25, (4), p. 611-620, out.-dez.
- Perrusi, A. (1995). *Imagens da Loucura: Representação Social da Doença Mental na Psiquiatria*. São Paulo. Cortez/ Recife. Editora da UFPE.
- Pessini, L. & Bertachini, L.(2004). *Humanização e Cuidados Paliativos*. São Paulo. Edições Loyola.
- Peruzzolo, A. C. (1998). *A circulação do corpo na mídia*. Santa Maria, RS. Imprensa Universitária da UFSM.
- Pinheiro, R. & Guizardi, F. L. (2008). Cuidado e Integralidade: por uma genealogia e saberes e práticas no cotidiano. Em: Pinheiro, R. & Matos, R. A. (orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro. ABRASCO, p. 23-38.
- Pinho, L. B; Kantorski, L. P; Saeki, T; Duarte, M. L. C; Sousa, J. (2007). A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v.9, (3). p. 835-846.
- Pinto-Neto, A. M.; Conde, D. M. (2008). Qualidade de Vida. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 30, (11), p.535-536.
- Porter R, Vigarello G. (2008). Corpo, saúde e doenças. In: Corbin, A.; Courtine, J-J; Vigarello, G. (org.). *História do Corpo: da renascença às luzes*. Vol. I. Petrópolis. Vozes.

- Prado, M. L.; Leichtweis, C. F.; Johner, A. O. (2010). Cirurgia nas mamas: a experiência de mulheres que buscam a harmonia com seus corpos. Em: *REMA – Revista Mineira de Enfermagem*. Belo Horizonte: Coopmed, 14, (2); p. 151-158, abr./jun.
- Rabelo, M. C.; Alves, P. C.; Souza, I. M. (1999). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rebello, V.; Rolim, L.; Carqueja, E.; Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doença*, 8, (1), p. 13-32.
- Regis MF, Simões MFS. (2005). “Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres”. *Revista Eletrônica de Enfermagem*; 07; (01), p.81–86.
- Rey, F. L. G. (2006). As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*. 8, (2), p.69-85.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu do corpo*. 7ªed., rev. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Roiz, D. S.(2009). A história do corpo feminino e masculino no ocidente medieval. *Cadernos. Pagu*, Campinas, SP, n. 33, dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-83332009000200018&lng=en&nrm=iso>.
- Rosário, N. M. (2006). *Mundo contemporâneo: corpo em metamorphose*. Disponível em: <http://www.comunica.unisinos.br/semiotica/nisia_semiotica/conteudos/corpo.htm>.
- Rouanet, S. P. (1996). *A Razão Cativa: As Ilusões da Consciência de Platão a Freud*. São Paulo. Brasiliense.
- Saad, M.; Nasri, F. (2008). Grupos de religiosidade e espiritualidade. Em: Knobel, E.; Andreoli, P. B. A.; Erlichman, M. R. (org.). *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo. p. 349-361.
- Sabino Neto, M.; Moreira, J. R.; Resende, V. & Ferreira, L. M. (2012). Nível de atividade física em mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, 27(4), 556-561. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752012000400015&lng=en&lng=pt.10.1590/S1983-51752012000400015>.
- Samarão, L. (2009). Comunicação e espaço – Entrevista. O corpo da publicidade: idéias e apontamentos de Tânia Hoff. *Revista Contemporânea*. v. 7, (1), p.167-175. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/contemporanea/article/view/362/316>>.

- Sá, R. C. N. (2005). *Representações sociais da depressão elaboradas pelos profissionais de saúde mental, pessoas deprimidas e seus familiares*. [dissertação]. João Pessoa, PB. Universidade Federal da Paraíba.
- Sá, C. P. (1998). *A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ
- Sant'Anna, D. B. de (org.). *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.
- Sant'Anna, D. B. (2007). Uma história do corpo. Em: Soares, C. (Org.). *Pesquisas sobre o corpo: ciências humanas e educação*. Campinas: Autores Associados. p. 67-80.
- Santaella, L. (2004). *Corpo e comunicação: sintoma da cultura*. São Paulo: Paulus.
- Santos, M. F. S. (2005). A Teoria das Representações Sociais. Em: Santos, M. F. S.; Almeida, L. M. (Orgs.). *Diálogos com a Teoria das Representações Sociais*. Ed. Universitária da UFPE, 2005.
- Santos, D. B.; Vieira, E. M. (2009). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. Em: *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=4937> . Acessado em 20/02/2011.
- Saraiva, E. R. A; Coutinho, M. P. L.; Miranda, R. S. (2011). O emprego do software Alceste e o desvendar do mundo lexical em pesquisa documental. Em: Cotinho, M. P. L. & Saraiva, E. R. A. *Métodos de pesquisa em Psicologia Social: perspectivas qualitativas e quantitativas*. João Pessoa, PB. Editora Universitária. Cap. II, p. 67-94.
- Sarti, C. A. (2001). A dor, o indivíduo e a cultura. Em *Revista Saúde e Sociedade*. 10, (1), São Paulo, Jan-Jun. p. 3-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000100002&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 22/11/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902001000100002>.
- Schilder, P. (1977). *A imagem do corpo*. Buenos Aires: Paidós.
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, (1), p. 29-41 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>.
- Secchi, K.; Camargo, B. V. e Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da imagem corporal e representações sociais do corpo. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 25; (2), p. 229-236.
- Seidl, E. M. F.; Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro; v. 20, (2), p.580-588, mar/abr.

- Semin, G. R. (2001) Protótipos e representações sociais. Em: Jodelet, D. (org.) As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ. Cap. 11, p.205-216.
- Silva, S. E. D.; et al. (2012). Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v.03,(2). Disponível em: <http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/164/pdf_1>
- Silva, S. E. D.; et al.(2010). Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações no autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, (5): p. 727-34, set-out.
- Silva, C. B.; Albuquerque, V.; Leite, J. (2010). Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos *Revista Brasileira de Cancerologia*; v. 56, (2), p. 227-236.
- Silva, L.C. (2008). Câncer de mama e o sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Revista Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, (2), p. 231-237, abr.-jun.
- Siqueira, M. M. M. & Padovam, V. A. R. (2008). Suporte Social. Em: Siqueira, M. M. M.; Jesus, S. N.; Oliveira, V. B. *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. 2ªed. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, cap. 4, p.65-84.
- Sluzki, C. E. (2003). *A rede social na prática sistêmica*, 2ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soloaga, P. D; Froufe, N. Q.; Muñiz, C. (2012). Cuerpos mediáticos versus cuerpos reales. Un estudio de la representación del cuerpo femenino en la publicidad de marcas de moda en España. *Revista ICONO14. Revista Científica de Comunicación Y Tecnologías Emergentes*, v. 8, (3). Disponível em: <<http://www.icono14.net/ojs/index.php/icono14/article/view/237/114>>.
- Souza, A. & Andrade, A. N. (2008). "Cuerpos marcados y fe en la vida..." Mastectomía y políticas públicas de salud de la mujer. *Revista Psicologia Política*. São Paulo, v. 8, (15), p. 157-178, jun.
- Souza, G. C. F.; Fontana, R O. C. (2013). Direitos dos portadores de doenças graves. Em: Angerami-Camon, V. A. & Gaspar, K. C. *Psicologia & Câncer*. São Paulo: Casa do Psicólogo. Cap. 7, p. 189 - 206.
- Souza Filho, E. A. (1993). Análise das Representações Sociais. Em: Spink, M. J.(Org). *O conhecimento do cotidiano*. São Paulo. Brasiliense; p.109-145.
- Sousa, P.L.R., Tillmann, I.A., Horta C.L. & Oliveira, F.M. (2001). A religiosidade e suas interfaces com a medicina, a psicologia e a educação: o estado de arte. *Psiquiatria na Prática Médica*, 34 (4), 112-117.

- Stiker, H. J. (2008). Nova percepção do corpo enfermo. Em Corbin, A; Courtine, J.J; Vigarello, G. *História do Corpo: da Renascença às Luzes*. 2ªed. Petrópolis, Vozes.
- Tavares, H. D.; Conceição, R.N. & Silva, Z. S.B. (2011). Abordagem Dos Principais Métodos de Diagnóstico do Câncer de Mama: Uma Revisão de Literatura Em: *Revista Científica do ITPAC*. 4. (1); jan.
- Teixeira, A. C. B. (2010). Deficiência em Cena: o corpo deficiente entre criações e subversões. Em: *O Mosaico – Rev. Pesquisa em Artes/FAP*, Curitiba, (3), p.1-9, jan./junho.
- Texeira-Filho, F. S. (2005). *Do estigma à exclusão: história de corpos (des)acreditados*. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP.
- Trentini, M.; Silva, S. H. ; Valle, M. L. & Hammerschmidt, K. S. A. (2005). Enfrentamento de situações adversas e favoráveis por pessoas idosas em condições crônicas de saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*; 13(1): 38-45
- Trinca, T. P. (2008). *O corpo-imagem na “cultura do consumo”*: uma análise histórico-social sobre a supremacia da aparência no capitalismo avançado. [dissertação]. Marília, SP. Universidade Estadual de São Paulo.
- Trinca, W. (org.); et.al. (2006). *Formas de Investigação em Psicologia Clínica*. São Paulo. Vetor.
- Tucherman, I. (2004). *Breve história do corpo e de seus monstros*. Lisboa. Veja.
- Vala, J. (2000). Representações Sociais e Uma Psicologia Social do Conhecimento Cotidiano. Em: Vala, J.; Monteiro, M. B. (Org.). *Psicologia Social*. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian; p.457-502.
- Vieira, C. P.; Lopes, M. H. B. M.; Shimo, A. K. K. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem*, v. 41, (2), p.311-316.
- Vieira, C. P.; Queiroz, M. S. (2006). Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. *Revista Psicologia & Sociedade*, v.18, p.63-70.
- Vigarello, G. (2006). *História da beleza: o corpo e a arte de se embeleza do Renascimento aos dias de hoje*. Rio de Janeiro. Ediouro.
- Vigotski, Lev S. (2000). *A construção do pensamento e da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.
- Villaça, N. & Góes, F. *Em nome do corpo*. Rio de Janeiro. Rocco. 1998.
- Volcan, M. A., Sousa, P. L. R., Mari, J. J. & Horta, B. L. (2003). Relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores: estudo transversal. *Revista de Saúde Pública*, 37 (4), 440-445.

Ziliotto, D. M.; Santos, E. R. (2008). Corpo, significados sociais e a experiência da deficiência. *Revista Digital* – Buenos Aires, v. 13, (126); nov. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/>>.

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Esta pesquisa intitula-se **Representações Sociais do Corpo no Contexto da Mastectomia**, e esta sendo desenvolvida por Roseane Christhina da Nova Sá-Serafim, psicóloga (CRP 13/3729) e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba.

Os objetivos da pesquisa são identificar as representações sociais da imagem do corpo da mulher que se submeteu a mastectomia (uni/bilateral) em decorrência do câncer de mama; verificar o efeito do uso e não uso de prótese mamária na organização social dessas mulheres, verificar os elementos figurativos das representações sociais associadas ao corpo da mulher mastectomizada e analisar a relação entre retirada da mama; satisfação com a imagem corporal e uso da prótese de mama no contexto da mastectomia. Assim esta pesquisa tem por finalidade ampliar as discussões entre os profissionais da saúde que atuam no campo da oncologia, na tentativa de nortear novas estratégias de intervenção terapêutica que promovam a saúde individual e coletiva, nesse contexto.

Por meio deste termo, quero convidar a senhora para participar desta pesquisa como voluntária. Desse modo, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora, pois caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir de participar, não sofrerá nenhum dano, prejuízo, nem haverá, por esse motivo, modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Para o desenvolvimento desta pesquisa serão executados os seguintes procedimentos:

- Aplicação de um questionário biossociodemográfico;
- Aplicação da Técnica da Entrevista Semi-estrutura;
- Aplicação da Técnica do Desenho-Estória com Tema

Solicito sua permissão para gravar a entrevista, apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos e publicar em revista científica. Comunico que será garantida a privacidade e o caráter confidencial dos dados e informações fornecidas. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em completo sigilo.

A senhora ao aceitar participar como voluntária nesta pesquisa é possível que se sinta desconfortável diante de alguma pergunta. Caso apresente algum tipo de desconforto/conflito emocional decorrente da aplicação do questionário e/ou técnicas terá a garantia de receber atendimento psicológico de imediato. É importante deixar claro que, ao aceitar participar como voluntária nesta pesquisa, a senhora não arcará com nenhum custo ou despesa decorrente da sua participação, como também, não receberá qualquer espécie de reembolso ou gratificação financeira por participar da pesquisa. A pesquisadora responsável estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

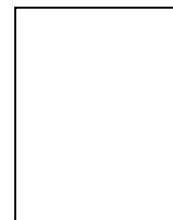
Diante do exposto, fica registrado que tenho conhecimento do objetivo e dos procedimentos desta pesquisa, além de que as informações fornecidas por mim serão usadas com propósitos científicos, apenas pela pesquisadora responsável. Neste sentido, **eu**, _____, declaro que fui devidamente esclarecida e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

João Pessoa, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante da Pesquisa ou Responsável Legal

Testemunha (em caso de analfabeto)

Assinatura do (a) Pesquisador (a)



Apêndice II

Roteiro da entrevista semiestruturada

1. *Por favor, descreva com detalhes como você percebe o seu corpo?*
2. *Em sua opinião o que significa ter um corpo mastectomizado?*
3. *Por favor, fale como era a sua relação com seu corpo antes da retirada da mama, e nos dias atuais como é essa relação?*
4. *A senhora fez a reconstrução da(s) mama(s)?*
 - *No caso de resposta afirmativa: O que lhe levou a fazer a reconstrução?*
 - *No caso de resposta negativa: A senhora usa prótese de mama? Qual tipo? E, o que lhe levou a usar a prótese?*
5. *Em sua opinião o uso de prótese de mama influencia na sua relação com seu corpo? E com as outras pessoas? Como?*

ANEXOS

Anexo A - Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba – CEP/SES-PB, em sua 73ª Reunião Ordinária realizada em 21/12/10, com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS que regulamenta a ética na pesquisa em seres humanos, aprovou o parecer referente ao projeto **Imagem corporal, qualidade de vida e representações sociais no contexto da mastectomia** da pesquisadora responsável **Roseane Christhina da Nova Sá Serafim**.

Esta Certidão é provisória, para fins de execução da referida pesquisa, ficando sob a responsabilidade da pesquisadora entregar ao CEP/SES-PB o relatório final de conclusão da pesquisa, ocasião em que será emitida certidão definitiva, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

Encaminhe-se a pesquisadora interessada.

João Pessoa, 23 de dezembro de 2010.


Zeleide Domiciano Cabral Monteiro
Coordenadora do CEP-SES/PB

Anexo B - Nº do CAAE

Página 1 de 1

Ministério da Saúde

SISNEP Sistema Nacional de Informações Sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos

[REGISTRE SEU PROJETO](#) | [PROJETOS APROVADOS](#) | [LISTA SEM COMITÊS](#) | [FALE CONOSCO](#) | [CAE](#) | [ZENEP](#) | [OUTROS](#)

Projetos Aprobados - 78 em área de 30330

Busca de Projeto de Pesquisa por palavra-chave:

Total de Projetos encontrados: 3

CAAE	Título do Projeto	Instituição Seducadora
0221.0.133.000-10	RELAÇÃO ENTRE O PESO CORPORAL E O NÍVEL DE SATISFAÇÃO DA INGESTÃO CORPORAL EM HOMENS DE DIFERENTES NÍVEIS DE PRÁTICA DE MUSCULAÇÃO	Academia Kapsa
0465.0.133.000-10	Percepção de imagem corporal e fatores associados em adolescentes	Academia Kapsa Center
5743.0.000.349-10	INGESTÃO CORPORAL, QUALIDADE DE VIDA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NO CONTEXTO DA PASTECTOMIA	Grupo de Atividade e Saúde Profissional e Círculo (GAPC)

[Voltar](#)

<http://sispesq.saude.gov.br/sisnep/Projeto.do?comando=afim?mf=EP&inicio=01/01/2010&fim=01/01/2011> 22/07/2013