



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**ALÉM DO DIAGNÓSTICO: CÂNCER DE MAMA, IDENTIDADE E
FEMINILIDADE SOB A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA**

Maria Jamily Silva Teixeira

João Pessoa
2025

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

T266a Teixeira, Maria Family Silva.

Além do diagnóstico: câncer de mama, identidade e feminilidade / Maria Family Silva Teixeira. - João Pessoa, 2025.

39 f.

Orientador: Omar David Moreno Cárdenas.

TCC (Graduação) - Universidade Federal da Paraíba/Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, 2025.

1. Câncer de mama. 2. Feminilidade. 3. Identidade. 4. Psicanálise. 5. Ressignificação. I. Cárdenas, Omar David Moreno. II. Título.

UFPB/CCHLA

CDU 159.964.2

Maria Jamily Silva Teixeira

**ALÉM DO DIAGNÓSTICO: CÂNCER DE MAMA, IDENTIDADE E
FEMINILIDADE SOB A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Psicologia da Universidade Federal da
Paraíba, para obtenção do título de
Bacharelado em Psicologia, sob a
orientação do Prof. Dr. Omar David
Moreno Cárdenas.

Aprovado com nota máxima (10,0) na data de 30 de maio de 2025

Banca Examinadora

Prof. Dr. Omar David Moreno Cárdenas
Universidade Federal da Paraíba
(Presidente da banca/orientador)

Prof.^a Dr.^a Isabel Cristina Vasconcelos de Oliveira
Universidade Federal da Paraíba

Me. Lívia Rodrigues Neves
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

João Pessoa

2025

Agradecimentos

Há caminhos que desafiam a lógica do tempo. Durante essa jornada, houve momentos em que tudo parecia suspenso – como se a gravidade se intensificasse e eu precisasse aprender a respirar de novo, um dia por vez. Mas apesar de tudo isso, chegar até aqui não foi uma jornada solitária. Houve luz. Houve presença, mesmo na ausência. Houve amor sustentando cada passo, mesmo nos silêncios. Foi um caminho feito de encontros, mãos estendidas e corações que acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidava. Se estas palavras pudessem carregar todo o sentimento que guardo, ainda assim seriam insuficientes – mas quero que saibam: sem vocês, esta conquista não existiria.

À minha mãe, Filomena, que sempre foi meu alicerce e maior exemplo. Por você, aprendi que o amor não se mede em palavras, mas em atos – e os seus sempre falaram mais alto. Você transformou sacrifícios em degraus para que eu pudesse subir, e qualquer sonho meu se tornou seu também. Você me mostrou que nenhum sonho é grande demais quando existe amor suficiente para sustentá-lo. Não há gratidão que pague isso, mas hoje eu digo: obrigada por ser minha força quando a minha faltava.

Ao meu irmão Diego, que sempre me apoiou de toda e qualquer forma possível, e sempre acreditou em mim. Seu apoio foi como um farol em dias de nevoeiro – constante, seguro, necessário. Ao meu irmão Alex, que sempre cuidou de mim de tantas formas, e se manteve presente mesmo com a distância. Minhas madrinhas, Márcia e Luziene, e meu padrinho, Francisco, obrigada por serem presenças tão generosas na minha vida; cada gesto de vocês, por menor que parecesse, ecoou profundamente em mim.

À minha irmã, Poliana, que permaneceu presente mesmo quando a vida nos colocou em cidades e rotinas diferentes. Há laços que resistem ao tempo e se fortalecem na distância. Às minhas primas e irmãs de coração, Aline, Conceição, Andrea e Andrezza, que estão

comigo desde os primórdios Aos amigos distantes fisicamente, mas tão próximos de coração: Atyla, Renara, Vinícios, José, Tânia, Laisa, Malu, Abraão, João, Jorgevan e Pedro – obrigada por serem luz nas margens da minha estrada. Ao Mateus, irmão que a vida me deu, cuja presença é uma das certezas mais bonitas que carrego. Ao Gleyson, cuja amizade é abrigo, afeto, força e essência - sou grata por sua existência na minha vida. Ao Luiz, cujas palavras me faltam para expressar o tamanho significado da nossa amizade. Obrigada por serem meu chão quando tudo parecia incerto.

Às amigas que a graduação me deu – meu grupo favorito: Laís, Milena e Maju. Ao Johonys, alguém que carrego como parte de mim. À Ana Paula, irmã que o acaso me deu, você é um alicerce fundamental. Ao Klemer, alguém extraordinário que tenho a sorte de ter em minha vida. Aos meus amigos queridos do curso: Alec, Jackson, Jaquelane e Guilherme. Às meninas da extensão, em especial Esther, Emily e Vanessa.

Ao professor David, meu orientador, por ter acolhido este trabalho com sensibilidade desde o início. Agradeço por caminhar ao meu lado com tanto cuidado e escuta, tornando o processo mais leve. Você não apenas guiou minhas ideias, mas as acolheu. Obrigada também por acreditar no tema, em mim, e por fazer da pesquisa um ato não só de rigor, mas de cuidado. À professora Isabel, sua presença sempre foi além do acadêmico, foi humana. Obrigada por ser uma luz nesse processo, sua escuta e seu olhar humanizado foram acolhimento, foram ponte, foram impulso. Agradeço muito por tornar possível algo que parecia tão distante.

Por fim, este trabalho não é apenas um ponto de chegada, é também um novo começo - um ciclo que se abre, carregando consigo tudo o que fui até aqui e tudo o que posso vir a ser. Que eu nunca me esqueça de onde vim, nem das pessoas que me ajudaram a construir asas. Obrigada, de todo coração.

RESUMO

O presente estudo investigou o impacto do câncer de mama na identidade e na percepção de feminilidade de mulheres após o tratamento, sob a perspectiva psicanalítica, com ênfase nos processos de ressignificação e nas estratégias de enfrentamento. A pesquisa, de natureza qualitativa e exploratória, contou com a participação de três mulheres atendidas pela Casa de Apoio aos Usuários da Saúde e Assistência Social de Pedra Branca, localizada na cidade de Fortaleza-CE, utilizando escutas qualificadas como método principal de coleta de dados. Os resultados revelaram que a experiência do câncer de mama transcende os aspectos clínicos, provocando profundas transformações na subjetividade das pacientes. A feminilidade foi ressignificada de formas distintas, sendo associada à resistência, sobrevivência, espiritualidade e vínculos afetivos como bases de reconstrução identitária. A ausência de acompanhamento psicológico formal emergiu como uma lacuna significativa, destacando a necessidade de um modelo de cuidado integral que vá além do enfoque biomédico. A psicanálise mostrou-se uma ferramenta relevante para compreender esses processos, evidenciando como as pacientes elaboraram estratégias singulares para lidar com as mudanças corporais e/ou emocionais. O suporte social, especialmente o oferecido pela Casa de Apoio, desempenhou um papel crucial no enfrentamento da doença. Conclui-se que intervenções psicanalíticas podem contribuir para a reconstrução da identidade feminina pós-câncer, sugerindo a importância de políticas públicas que integrem saúde mental ao tratamento oncológico.

Palavras-Chave: câncer de mama; feminilidade; identidade; psicanálise; ressignificação.

ABSTRACT

The present study investigated the impact of breast cancer in the identity and in the perception of femininity of women after cancer treatment, from the psychoanalytic perspective, with an emphasis in the processes of resignification and coping strategies. A qualitative and exploratory research, with interviews with three women who make use of the Support House for Users of the Health and Social Assistance of Pedra Branca, located in Fortaleza-CE, Brazil, using qualified listening as the main method of data collection. The results revealed that the breast cancer experience transcends clinical aspects, causing profound transformations in the subjectivity in the patients. The femininity was resignified in different ways, being associated with resistance, survival, spirituality and affective bonds as bases for identity reconstruction. The absence of formal psychology follow-up emerged as a significant gap, highlighting the need for a comprehensive care model that goes beyond biomedical focus. The psychoanalysis proved to be a relevant tool to understand these processes, highlighting how the patients elaborated different strategies to deal with the body and/or emotional changes. The social support, specially the support offered by the Support House, played a crucial role in coping with the disease. It is concluded that psychoanalytic interventions can contribute to the reconstruction of female identity after cancer, suggesting the importance of public policies that integrate mental health with cancer treatment.

Keywords: breast cancer; femininity; identity; psychoanalysis; resignification.

Sumário

Introdução.....	8
Contextualização do problema.....	8
Identidade e feminilidade na perspectiva psicanalítica.....	9
Justificativa.....	12
Estrutura e trajetória do estudo.....	15
Hipótese.....	15
Objetivos.....	16
Objetivo geral.....	16
Objetivos específicos.....	16
Revisão de literatura.....	16
Metodologia.....	19
Tipo de estudo.....	19
Local da pesquisa.....	19
Procedimentos de coleta de dados.....	20
Participantes.....	20
Instrumentos de coleta de dados.....	21
Escuta qualificada.....	21
Caderno de registro.....	22
Guia flexível de pontos temáticos.....	22
Abordagem da feminilidade.....	23
Análise de dados.....	23
Resultados e discussão.....	24
O singular e o particular na experiência do câncer de mama.....	27
Além da autoimagem: sobrevivência e cuidado.....	30
Estratégias de resignificação.....	32
Considerações finais.....	34
Referências.....	37

Introdução

Contextualização do problema

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é caracterizado pela multiplicação de forma desordenada de células anormais da mama, formando um tumor que pode se espalhar para outros órgãos, existindo vários tipos, com crescimento rápido e lento. Todavia, a maioria dos casos apresenta bom prognóstico quando tratados precocemente, permitindo a conservação das características estéticas.

Além do mais, o câncer de mama é o mais comum entre a população mundial feminina, ficando atrás somente do câncer de pele não melanoma, correspondendo a cerca de 29,7% dos casos novos a cada ano. Embora raro, também pode afetar homens, representando menos de 1% dos casos. Sua incidência é baixa antes dos 35 anos, mas aumenta progressivamente após essa idade, especialmente entre 50 e 69 anos (Ministério da Saúde, 2023). Ademais, estima-se que para o triênio 2023-2025 ocorrerão aproximadamente 73.610 novos casos anuais, com um risco estimado de 66,54 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2023).

O tratamento do câncer de mama depende do estágio da doença, das características do tumor e das condições da paciente, seguindo protocolos padronizados. Conforme o INCA (2022), a abordagem pode incluir cirurgia – como tumorectomia ou mastectomia -, radioterapia – para reduzir recidivas - e sistêmicos - quimioterapia, hormonioterapia ou terapia-alvo.

Além disso, o plano de tratamento deve ser individualizado, considerando fatores como idade, comorbidades e preferências, sempre com acompanhamento multidisciplinar, sendo a classificação por estágios que segue o sistema TNM (Tumor, Nódulo, Metástase):

Estágio I - tumor ≤ 2 cm sem comprometimento linfonodal - sobrevida em 5 anos: 98-100%;
Estágio II - tumor 2-5cm com ou sem metástase em linfonodos axilares - sobrevida: 85-90%;
Estágio III - tumor > 5 cm com extensão para tecidos adjacentes ou linfonodos - sobrevida:
50-70%; Estágio IV - presença de metástases à distância - sobrevida: 20-25 (INCA, 2023).

Sob esse contexto, de acordo com Peres e Santos (2007), mulheres de camadas populares enfrentam barreiras significativas no enfrentamento do câncer de mama. Por isso, essa realidade as leva, muitas vezes, a priorizar as necessidades econômicas e familiares em detrimento de sua própria saúde, o que pode resultar na adoção de estratégias pouco adaptativas para lidar com os impactos da doença. Acerca disso, é destacada a importância de programas de saúde inclusivos e multidisciplinares que considerem as especificidades socioeconômicas e culturais dessa população, promovendo suporte efetivo e acessível (Peres & Santos, 2007).

Ainda nessa perspectiva, traz-se o conceito de interseccionalidade, introduzido por Kimberlé Crenshaw (1989), que se refere a um modelo analítico que busca compreender como diferentes sistemas de opressão e discriminação — como gênero, raça e classe social — se interconectam na formação das experiências individuais e coletivas (Pereira, 2021). No contexto do câncer de mama, a partir dos relatos, a interseccionalidade permite analisar como as condições socioeconômicas impactam a vivência da doença, influenciando tanto o acesso a tratamentos quanto a forma como cada mulher ressignifica sua identidade e sua feminilidade após o processo de mastectomia.

Identidade e feminilidade na perspectiva psicanalítica

A compreensão psicanalítica da identidade feminina e da feminilidade envolve diferentes camadas de significado. A partir disso, a articulação entre esses dois conceitos, na

psicanálise, exige um retorno crítico às formulações de Freud e Lacan sobre a sexualidade. Em “Sexualidade Feminina” (1931/1996), Freud reconhece que a constituição da identidade feminina não se reduz à anatomia, mas envolve um processo psíquico complexo: a menina, ao descobrir a “falta” peniana, não apenas transfere seu desejo da mãe para o pai (como no Édipo masculino), mas enfrenta uma dupla tarefa – abandonar a zona erógena clitoridiana em favor da vaginal (Freud, 1931/1996, p. 225) e sublimar seu “desejo de pênis” no anseio por ter um filho, que funcionaria como uma espécie de substituição simbólica. No entanto, Freud observou que esse percurso, marcado por ambivalências, nem sempre é linear, podendo resultar em uma identidade menos rígida do que a masculina, com maior flexibilidade em relação às normas sociais (Freud, 1925/1966).

Sob esse contexto, Lacan, em “Ideias Diretivas para um Congresso sobre a Sexualidade Feminina” (1958/1989), radicaliza essa tese: a identidade feminina não deriva da anatomia, mas de como o sujeito se inscreve na linguagem, portanto, não é algo determinado de forma biológica, mas sim pela maneira como cada pessoa se posiciona dentro do seu próprio contexto e cultura. Ao introduzir a distinção entre “ter” e “ser” o falo, Lacan (1958/1989, p. 734) mostra que a menina não apenas deseja ter o pênis (como objeto imaginário), mas busca ser o falo (como significante do desejo do Outro) - ou seja, tornar-se objeto de desejo sem necessariamente se reduzir a um papel fixo. Com isso, abre-se um espaço para uma identidade não essencialista, para múltiplas formas de viver a feminilidade, onde “ser mulher” é uma posição subjetiva que escapa à completude - daí a fórmula lacaniana “A mulher não existe” (Lacan, 1972-1973, p. 68), afirmando que não há universal no feminino, significando não haver um modelo único de feminilidade.

Quanto à feminilidade, Freud (1931/1996) a associava a traços como passividade, maternidade e sublimação do desejo - numa perspectiva que hoje reconhecemos como

limitada e culturalmente determinada -, mas reconhecia que essas características variavam conforme o contexto cultural: “A feminilidade adulta surge através de um lento desenvolvimento, sendo frequentemente interrompida por fixações pré-edípicas” (p. 231). Lacan, porém, desloca o debate: no Seminário Encore (1972-1973), propõe com relação à feminilidade, que poderia ser entendida a partir da organização de um “gozo suplementar” (p. 75), exterior à lógica fálica, ou seja, que aponta para um mais além da lógica do gozo fálico, sugerindo um gozo que se endereça ao infinito. Em complemento, seu conceito de “não-toda” [*pas toute*] sugere que a mulher ocupa uma posição singular na estrutura simbólica, não completamente capturada pela lógica fálica, indicando que a mulher só se identifica parcialmente com os significantes do Outro (mãe, esposa, etc.), mantendo uma relação singular com o desejo, reforçando o fato de que nenhuma mulher precisa se encaixar completamente nos padrões esperados pela sociedade.

Portanto, essa distinção é crucial: a identidade feminina (reconhecimento de “ser mulher” opera no registro simbólico (nomeação), enquanto a feminilidade (modos de “ser lida”) articula imaginário (imagem corporal) e real (gozo). Na prática, essa distinção ajuda a entender como mulheres em diferentes situações, como pacientes mastectomizadas, por exemplo, podem manter uma identidade feminina sólida (reconhecimento simbólico) enquanto ressignificam sua feminilidade (relação com a imagem mutilada). Da mesma forma, uma mulher transexual, como sugere o texto de Lacan (1958/1989), pode assumir significantes femininos (“ser mulher”) sem aderir aos atributos convencionais da feminilidade, bem como mulheres cisgênero podem questionar ou ressignificar os atributos tradicionais da feminilidade sem que isso abale sua identidade feminina.

Justificativa

Segundo Guerra e Filgueiras (2012), o câncer, além de ser uma das principais causas de mortalidade global, provoca uma série de transformações físicas, emocionais e existenciais no sujeito que o enfrenta. A partir disso, o tratamento oncológico, apesar de frequentemente trazer a possibilidade de cura ou controle da doença, impõe aos pacientes uma convivência direta com a fragilidade de seu corpo e a proximidade da morte (Langaro, Pretto & Cirelli, 2012).

Após o tratamento, os pacientes se veem diante de profundas questões relacionadas à identidade, ao significado da vida e à finitude, transformando a relação com seus corpos e com o mundo. No entanto, enquanto a medicina tem avançado de forma significativa no tratamento das condições físicas decorrentes do câncer, o apoio psicológico adequado e contínuo para lidar com essas questões existenciais ainda é insuficiente (Campos, Rodrigues & Castanho, 2021).

Por conseguinte, a ausência de suporte emocional adequado durante o pós-tratamento oncológico agrava o sofrimento dos pacientes, que na maioria das vezes enfrentam sentimentos de medo, ansiedade, desamparo, dentre outras reações emocionais comuns decorrentes do diagnóstico (Ministério da Saúde & INCA, 2014). Dessa forma, nota-se que o sistema de saúde, fortemente ancorado ao modelo biomédico, tende a priorizar a cura ou o controle da doença em detrimento da saúde mental e da elaboração psicológica dessas experiências (Barros, 2002). Com isso, pode ser observada uma lacuna na assistência, que revela a urgência de práticas mais humanizadas e integradas, que contemplem a subjetividade e o sofrimento psíquico desses pacientes.

Além do mais, a ausência de contato prévio com informações básicas sobre autoexame e prevenção reflete falhas na atenção primária. Sob esse contexto, a Estratégia

Saúde da Família (ESF), prevista na Política Nacional de Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2017), ainda falha na educação permanente em câncer de mama, conforme reconhecido pelo próprio INCA (2022). Programas como o "Outubro Rosa" têm alcance limitado em populações periféricas, evidenciando a necessidade de educação comunitária contínua - não apenas campanhas sazonais - para reduzir diagnósticos tardios (INCA, 2023).

A partir disso, a psicanálise emerge como uma abordagem promissora, por sua capacidade de explorar as dimensões inconscientes do sujeito e de promover uma ressignificação de sua relação com o corpo e a doença, além de que, desde Freud, a psicanálise tem se debruçado também sobre a questão da finitude humana e o impacto da morte na psique (Gonçalves, 1994).

Com isso, torna-se aparente a necessidade de preencher uma lacuna no campo da relação entre psicologia e oncologia, ao investigar como a psicanálise pode oferecer um suporte emocional mais adequado aos pacientes, e no caso específico do câncer de mama, as transformações são ainda mais impactantes, uma vez que a doença e seu tratamento, como a mastectomia, quimioterapia e radioterapia, não afetam apenas a saúde física, mas também a percepção da feminilidade e da identidade pessoal das mulheres (Araújo & Lima, 2015).

Ademais, a mama, carregada de significados culturais e simbólicos relacionados à maternidade, sexualidade e estética, torna-se um local central de conflito psíquico para as pacientes que enfrentam a doença (Almeida, Guerra & Filgueiras, 2012). Esse impacto pode desencadear intensos processos de luto, não apenas pela possível perda da mama, mas também pela percepção de perda da própria imagem corporal e da integridade do self (Carvalho, Santeiro & Ferreira, 2023).

Portanto, além da questão do enfrentamento da doença em si e do risco de morte, as pacientes também podem sofrer com a iminente mudança e/ou falta de reconhecimento de sua própria identidade, que agregam a diversas outras questões em meio a uma sociedade que

condecora o corpo feminino em uma realidade de padrões estéticos extremamente rígidos. Sob essa problemática, o suporte psicológico adequado é de suma importância para ajudar as pacientes não só a lidarem com a doença, mas também para enfrentarem esses desafios existenciais e emocionais, fazendo com que sejam possíveis a ressignificação e reconstrução da sua relação com seu corpo e com sua própria feminilidade.

Em suma, a escolha do tema deste estudo foi motivada por experiências marcantes, relacionadas ao impacto do câncer na vida das pessoas e suas famílias, que despertaram o interesse em compreender as implicações psíquicas dessa condição. Além disso, a proximidade e convivência direta com pacientes que vivenciaram tratamentos oncológicos contribuíram para o aprofundamento do olhar sobre os aspectos emocionais e subjetivos do câncer, ampliando a percepção acerca das demandas emocionais, sociais e psíquicas envolvidas no enfrentamento da doença. Portanto, todas essas vivências configuram um alicerce fundamental para a proposta deste trabalho.

Dessa forma, o presente estudo busca integrar as áreas de psicologia, saúde e teorias críticas, possibilitando um diálogo interdisciplinar que adentra a compreensão da experiência oncológica nesse cenário em específico. Além disso, a sugestão de utilização da psicanálise como ferramenta terapêutica no contexto oncológico, visa também promover uma prática mais humanizada, não limitando-se apenas ao aspecto curativo da doença, mas que perpassa a complexidade humana diante da fragilidade e da finitude (Barros, 2002).

Por fim, visando encontrar possíveis alternativas através da implementação da psicanálise na relação entre psicologia e oncologia, no contexto do câncer de mama, este trabalho contribui também como um possível antecedente para o monitoramento de políticas públicas de saúde que valorizam não só o cuidado integral, mas também o acompanhamento e suporte emocional contínuos às pacientes oncológicas em questão.

Estrutura e trajetória do estudo

Este trabalho está organizado em cinco seções principais, que conduzem o leitor desde a contextualização teórica até as implicações práticas da pesquisa. Na Revisão de Literatura, é discutido como o câncer de mama interage com a construção da identidade feminina na psicanálise, contrastando as perspectivas freudianas e lacanianas sobre corpo e feminilidade. A Metodologia detalha a abordagem qualitativa com mulheres atendidas pela Casa de Apoio de Pedra Branca, utilizando escutas qualificadas para capturar narrativas pós-tratamento.

Em seguida, os Resultados revelam um espectro diverso de experiências: enquanto algumas participantes ressaltaram a ressignificação da feminilidade através de força, adaptação e resistência, outras não identificaram rupturas identitárias, desafiando, dessa forma, narrativas universais sobre a “perda”. A Discussão aprofunda essas nuances, além de mostrar como fatores socioeconômicos e suporte institucional modulam essas trajetórias. Por fim, as Considerações Finais destacam a necessidade de vigilância das políticas públicas que integram saúde mental ao tratamento oncológico, além de propor a psicanálise como possível ferramenta para acolher singularidades - não apenas patologias.

Hipótese

De acordo com Menezes, Schulz & Perez (2012), o diagnóstico de câncer de mama causa uma ruptura significativa na identidade e percepção de feminilidade das pacientes, intensificada por alterações físicas e psíquicas associadas ao tratamento. A partir disso, este estudo propõe que, diante dessas transformações, as pacientes desenvolvem estratégias e formas singulares de reconfigurar sua feminilidade, integrando as mudanças corporais e emocionais à sua experiência de vida. Com isso, a psicanálise, ao acessar a significações e sentidos, poderá oferecer uma leitura sobre o processo de reconstrução da autoimagem e da

feminilidade, e quando aplicada de forma clínica, poderá contribuir para maior aceitação de mudanças e melhor enfrentamento do tratamento.

Objetivos

Objetivo geral

Compreender como pacientes de câncer de mama, após o tratamento, experienciam e reconstróem aspectos relacionados à sua identidade e percepção de feminilidade, considerando as mudanças decorrentes da doença e do tratamento.

Objetivos específicos

- Compreender como as mulheres enfrentam o câncer de mama, considerando os desafios físicos, emocionais e sociais que emergem durante e após o tratamento.
- Analisar o impacto do câncer de mama na reconstrução da identidade feminina das pacientes, considerando como a experiência da doença ressignifica suas perspectivas de vida e relações interpessoais.
- Identificar o papel do suporte social e institucional, especialmente da Casa de Apoio de Pedra Branca, no enfrentamento da doença e na adaptação à nova realidade pós-tratamento.

Revisão de literatura

O tratamento do câncer de mama é centrado majoritariamente no modelo biomédico, envolvendo procedimentos como mastectomia, quimioterapia e radioterapia (INCA, 2022). Apesar de essenciais, esses tipos de tratamento, por seu impacto físico e emocional, frequentemente comprometem a autoestima, a imagem corporal e até a identidade feminina das pacientes. Ademais, a ausência de suporte psicológico adequado agrava o sofrimento,

uma vez que o câncer carrega significados profundos ligados à culpa, dor e morte, aumentando o impacto emocional da doença (Silva, 2008).

Barros (2002) expõe que a exclusividade do enfoque biomédico pode acabar desconsiderando parte da complexidade do processo saúde-doença, negligenciando as necessidades, para além do físico, das mulheres afetadas. Sendo necessário, para um cuidado mais integral, incorporar práticas de saúde mental que abordem os significados simbólicos do câncer e promovam um suporte mais abrangente, considerando as singularidades de cada paciente.

Embora essencial para a sobrevivência das pacientes, o tratamento do câncer de mama frequentemente deixa marcas físicas e emocionais profundas que impactam diretamente na sua qualidade de vida. Alguns exemplos disso são alterações corporais - como cicatrizes provenientes de cirurgias -, perda de cabelo - decorrente da quimioterapia - e efeitos colaterais da radioterapia, além das demandas físicas do tratamento, como fadiga e dor, que exigem constantes adaptações na rotina diária. Portanto, essas marcas externas não apenas refletem o enfrentamento da doença, mas também podem intensificar sentimentos de vulnerabilidade e ansiedade, especialmente diante da percepção social da feminilidade. (Lotti, et. al., 2008).

O câncer de mama impõe desafios que transcendem a dimensão física, podendo atingir a construção identitária e a percepção da feminilidade. Dito isso, Freud (1932/1976) vinculou a feminilidade à maternidade e ao chamado “desejo do pênis”, concebendo a realização feminina como dependente da capacidade reprodutiva, especialmente através da geração de um filho homem. Essa perspectiva, no entanto, revela-se limitada ao naturalizar a mulher como ser definido por sua biologia, como evidenciado na célebre indagação freudiana: “O que quer uma mulher?” (Jones, 1953, citado por Zafiropoulos, 2009, p. 15). Tal

questionamento expõe não apenas as dificuldades da teoria freudiana em conceber a feminilidade para além de estereótipos de gênero, mas também os limites do dispositivo analítico de sua época para decifrar o enigma do desejo feminino.

Em contrapartida, Lacan (1958/1989) propôs uma reviravolta nessa concepção ao transferir o eixo da feminilidade do registro do ter (o pênis, a criança) para o do ser (o falo como significante do desejo). Em sua releitura, ser mulher não se reduz a funções biológicas ou sociais predeterminadas, mas constitui-se na relação com o desejo do Outro (Zafirooulos, 2009). Essa distinção é particularmente relevante para a temática do presente estudo, pois permite desvincular a identidade feminina de atributos físicos específicos.

Ademais, levando em consideração o contexto oncológico, enquanto a abordagem freudiana poderia interpretar a mastectomia como uma “castração simbólica” potencialmente traumática, a perspectiva lacaniana abre espaço para ressignificações. Como observa Zafirooulos (2009), “quando a mulher torna-se mãe, isto não resolve a questão do seu desejo de mulher enquanto mulher” (p. 24), sugerindo que a feminilidade se constrói em um registro que transcende a corporalidade. A partir disso, pacientes que enfrentam o câncer de mama muitas vezes se deparam com pressões sociais que associam feminilidade à aparência física intacta de mulheres a partir de ideias e imaginários sociais. Por sua vez, a teoria lacaniana, ao situar a identidade feminina no campo do simbólico e do desejo, oferece um caminho para reconstruções subjetivas que não dependem necessariamente da conformidade a padrões corporais normativos.

Em suma, ao revisar a literatura, propõe-se algumas leituras críticas baseadas nas teorias psicanalíticas e na psicologia clínica acerca da temática, visando a contribuição no desdobramento de práticas clínicas e multidisciplinares de impacto, que auxiliem as pacientes

a lidarem da forma mais saudável possível com as angústias relacionadas à doença, à finitude e à transformação corporal.

Metodologia

Tipo de estudo

Este é um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, que busca compreender como mulheres que enfrentaram o câncer de mama elaboram suas experiências após o tratamento, considerando os desafios físicos, emocionais e sociais envolvidos nesse processo. Além do mais, a pesquisa também visa analisar a forma como essas experiências são ressignificadas, explorando as estratégias utilizadas para lidar com a doença e suas repercussões.

Local da pesquisa

O estudo foi realizado na Casa de Apoio de Pedra Branca, localizada em Fortaleza - Ceará. A instituição filantrópica oferece suporte gratuito e acolhimento a pacientes em tratamento de saúde, principalmente oncológico, que residem em municípios distantes da capital e necessitam de um local para hospedagem. Além da estadia temporária, também são fornecidos alimentação e transporte para os hospitais e clínicas onde os pacientes realizam seus tratamentos.

Ademais, a Casa de Apoio conta com a seguinte estrutura: área física - uma área comum de convivência, duas salas multiuso, um escritório administrativo, quatro quartos coletivos, um corredor de circulação, quatro banheiros coletivos, uma cozinha industrial, uma dispensa, uma área de serviço e uma suíte para os motoristas; equipe de funcionários - dois caseiros (responsáveis pela manutenção predial e segurança), uma diretora/enfermeira (coordenação técnica e supervisão dos cuidados), um motorista (transporte diário dos

pacientes para hospitais), quatro auxiliares de serviços gerais (limpeza, alimentação e apoio cotidiano).

A Casa de Apoio mantém seu suporte após a conclusão do tratamento oncológico através de estadia temporária para acompanhamento de exames. Essa continuidade do cuidado é essencial para monitorar possíveis recidivas e oferecer suporte psicossocial no período de adaptação pós-doença (INCA, 2022). Portanto, essa estrutura permite o acolhimento humanizado, onde a equipe atua não apenas nas necessidades físicas, mas no suporte emocional, criando vínculos fundamentais para o enfrentamento da doença.

Procedimentos de coleta de dados

As participantes foram informadas previamente sobre os objetivos da pesquisa, a garantia do sigilo das informações fornecidas, o compromisso com o anonimato e o direito de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento. A coleta de dados seguiu os seguintes passos:

1. Contato com a instituição - Foi realizada solicitação formal de autorização para a realização do estudo e apoio na seleção das participantes;
2. Consentimento ético - As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando sua compreensão e adesão voluntária ao estudo;
3. Escutas individuais - Foram realizadas em um ambiente reservado na Casa de Apoio, garantindo privacidade e conforto para as participantes.

Participantes

A pesquisa contou com a participação de três mulheres, referidas por nomes fictícios para preservar o anonimato: Afrodite (45 anos), Gaia (70 anos) e Atena (44 anos). Todas

eram assistidas pela Casa de Apoio e já haviam finalizado o tratamento médico do câncer de mama. Os critérios de inclusão para participação do estudo foram:

1. Mulheres diagnosticadas com câncer de mama, que já finalizaram o tratamento;
2. Residente em Pedra Branca ou municípios adjacentes, atendidas pela Casa de Apoio;
3. Interesse e disponibilidade para compartilhar suas experiências.

Já os critérios de exclusão, foram:

1. Mulheres ainda em tratamento ou que não se sentissem emocionalmente confortáveis para participar.

Instrumentos de coleta de dados

Escuta qualificada

A principal ferramenta metodológica utilizada foi a escuta qualificada, caracterizada pela abertura ao relato espontâneo das participantes, sem direcionamento ou imposição de roteiro fixo. Segundo Santos (2019), a escuta qualificada permite a humanização das práticas em saúde mental, considerando aspectos sociais, psíquicos e subjetivos do indivíduo.

Durante as entrevistas, cada participante teve total liberdade para compartilhar suas vivências, sendo informada previamente de que poderia interromper seu relato a qualquer momento caso se sentisse desconfortável. O papel da pesquisadora foi o de garantir um espaço acolhedor, intervindo apenas para realizar o suporte necessário em momentos de maior sensibilidade emocional.

As entrevistas tiveram as seguintes durações:

- Afrodite: 1h15min;

- Gaia: 30min;
- Atena: 45min.

O critério para encerramento das entrevistas foi estabelecido a partir de dois indicadores principais observados durante a interação com as participantes: (1) o surgimento de silêncios significativos, nos quais as pacientes demonstravam não ter mais conteúdos a acrescentar, mantendo uma pausa prolongada após terem explorados seus relatos; e (2) manifestações verbais explícitas de conclusão, como frases do tipo “então acho que é isso” ou “não tenho mais nada para contar”. Esses marcadores, reconhecidos na literatura qualitativa como indicadores naturais de saturação do discurso, foram respeitados como sinais de que a narrativa havia alcançado seu ponto de basta, garantindo, assim, que a coleta de dados preservasse a organicidade dos relatos sem imposições temporais artificiais por parte da pesquisadora.

Caderno de registro

Imediatamente após as escutas, a pesquisadora realizou anotações detalhadas sobre os principais conteúdos abordados pelas participantes, garantindo que a essência de suas narrativas fosse preservada. Esse material serviu de base para a análise dos dados, mantendo o foco na subjetividade dos relatos.

Guia flexível de pontos temáticos

Embora não tenha sido utilizado um roteiro de perguntas, as participantes sabiam previamente o tema da pesquisa. Assim, os relatos espontâneos frequentemente abordaram questões centrais ao estudo, como o impacto do diagnóstico, mudanças na autoimagem, desafios de sobrevivência e estratégias de enfrentamento. O objetivo desse modelo de

abordagem foi criar um ambiente seguro, onde as mulheres pudessem expressar suas experiências de forma fluida e natural, sem a rigidez de um formato tradicional de entrevista.

Abordagem da feminilidade

É importante ressaltar que, embora a questão da feminilidade seja um dos eixos centrais de interesse deste estudo, a abordagem psicanalítica utilizada prioriza o princípio da associação livre. Nesse sentido, nenhuma pergunta direta relacionada à feminilidade foi feita às participantes. Em vez disso, a expectativa era que tal temática pudesse emergir de forma espontânea, a partir das narrativas e experiências compartilhadas (Monção & Honda, 2019).

Portanto, coube à pesquisadora, no momento da escuta, estar devidamente preparada para identificar e acolher esses momentos, mantendo-se atenta aos conteúdos implícitos que pudessem indicar como a feminilidade é vivenciada ou reinterpretada pelas participantes ao longo de suas trajetórias. Por fim, essa escolha metodológica visa respeitar a singularidade de cada participante, sendo possível a identificação de como cada participante elaborou subjetivamente, em momentos distintos dos relatos, sua percepção sobre corpo, feminilidade e identidade após o tratamento.

Análise de dados

Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo, embasada no referencial psicanalítico. As narrativas foram categorizadas, buscando identificar padrões temáticos relacionados à identidade, feminilidade e estratégias de resignificação. Além disso, a saturação em pesquisas qualitativas com pequenas amostras é reconhecida como válida quando atinge a profundidade analítica necessária (Fontanella et al., 2011), como ocorreu neste estudo.

Resultados e discussão

Os resultados deste estudo foram organizados sistematicamente em três etapas principais, conforme preconizado pelas normas da APA (2020). Primeiramente, realizou-se uma categorização temática dos relatos das participantes por meio de análise de conteúdo, embasada no referencial psicanalítico, identificando unidades de significado e agrupando-as em eixos temáticos centrais, como “Estratégias de Ressignificação” e “Singular e Particular”. Em seguida, promoveu-se a integração teórico-empírica, analisando cada categoria à luz dos conceitos psicanalíticos fundamentais – incluindo algumas noções freudianas, bem como as contribuições lacanianas sobre gozo suplementar e a posição “não-toda” da feminilidade.

Além disso, os resultados foram estruturados em uma apresentação hierárquica que articulou: (a) a dimensão temporal, acompanhando a trajetória desde o diagnóstico até o pós-tratamento; (b) a progressão analítica, partindo das experiências individuais até os impactos nas relações sociais; e (c) a análise comparativa entre os casos, destacando tanto elementos comuns quanto as singularidades nas estratégias de enfrentamento. A partir da utilização dessa abordagem metodológica, foi possível, por exemplo, interpretar a afirmação de Afrodite - “*me sinto completa*” - através do conceito laciano de “ser o falo” (Lacan, 1998), demonstrando como a feminilidade pode se reconstruir para além da completude anatômica. Dessa forma, a triangulação entre dados empíricos, teoria psicanalítica e objetivos da pesquisa garantiu rigor analítico em todo o processo de organização dos resultados.

As três participantes deste estudo – identificadas pelos pseudônimos Afrodite (45 anos), Gaia (70 anos) e Atena (44 anos) - vivenciaram o câncer de mama em estágios e contextos distintos, mas compartilharam desafios emocionais e transformações identitárias. A seguir, breves descrições que contextualizam seus relatos.

Afrodite foi a participante mais expansiva e descontraída. Diagnosticada em 2022, já em estágio avançado, destacou-se pela resistência ativa e humor, mesmo ao expor momentos difíceis, como a perda do mamilo. O relato foi marcado por emoções genuínas, mas também por leveza - estratégia que ela usou durante o tratamento, como por exemplo, ao afirmar que, para ela, era como se a quimioterapia fosse uma medicação para dor de cabeça -. Seu discurso enfatizou a importância do apoio social e da positividade perante a doença, trazendo em seu discurso que *“80% do sucesso do tratamento é equilíbrio psicológico”*.

O relato de Gaia apresentou menor duração (30 minutos) em comparação às demais participantes. Esse fato pode ser atribuído a múltiplos fatores relacionados ao envelhecimento: maior fadiga cognitiva em atividades prolongadas (Santos et al., 2020), possível dificuldade de recordar detalhadamente eventos passados, e o desenvolvimento de mecanismos adaptativos de economia emocional, evitando prolongar conversas sobre temas potencialmente angustiantes (Almeida & Mazo, 2019).

Gaia concluiu o tratamento há um ano, mas ainda enfrentava efeitos colaterais físicos (tremores) e emocionais. O momento do relato teve um clima denso, com pausas e reticências, especialmente ao mencionar o medo da recidiva (*“essa doença é traiçoeira”*). Embora relutante em expor vulnerabilidades, Gaia destacou o papel crucial da família e dos profissionais de saúde como suporte. Seu relato foi interrompido por emoção contida, mas reforçou a solidariedade encontrada na Casa de Apoio, e teve seus limites naturais respeitados.

Atena abordou a experiência com seriedade e um tom de alerta. Diagnosticada tardiamente após negligência médica (*“caroço que dói é bom”*), e tendo perdido uma irmã para a doença, sua fala foi permeada por culpa, resistência e sobrevivência. A escuta foi alternada entre choro contido e discurso empoderador – como ao priorizar a sobrevivência em

detrimento da estética -. Atena criou estratégias de proteção emocional, como esconder seu sofrimento da sua mãe, visto que, segundo ela, já havia sofrido demais ao ver o sofrimento da sua irmã no decorrer do tratamento, e enfatizou que *“70% do tratamento é mental”*.

Essas trajetórias diversas revelaram, contudo, eixos comuns na experiência do câncer de mama, além de aspectos profundos relacionados à feminilidade, finitude e à vivência da doença. As participantes relataram mudanças significativas em sua percepção de feminilidade. Afrodite, por exemplo, mencionou que a perda do mamilo não afetou sua autoestima, afirmando: *“A estética tá ótima... me sinto completa”*. Essa perspectiva contrasta com a experiência de muitas mulheres que enfrentam uma crise de autoimagem durante o tratamento. Atena, por sua vez, enfatizou a priorização da sobrevivência sem dar importância à estética, demonstrando uma resignificação do conceito de feminilidade ligada à força e resistência.

Além disso, a confrontação com a finitude foi um tema central. Afrodite expressou ter perdido o medo da morte, mas revelou receio pela possibilidade de recidiva e dependência física: *“Prefiro morrer logo do que ficar dependendo de alguém”*. Gaia e Atena também relataram o impacto emocional de testemunhar a morte de outras pacientes durante o tratamento, reforçando a incerteza quanto ao futuro. Apesar disso, todas as participantes adotaram estratégias de enfrentamento focadas no presente, como a mentalização positiva – exemplificada por Afrodite ao afirmar: *“Coloquei na cabeça que não ia deixar me abater [...] mentalizei que ia passar pelo tratamento com sucesso”* - e o apoio institucional – Gaia relata que encontrou motivação no apoio da família, amigos e na solidariedade dos profissionais de saúde -. Embora distintas, essas estratégias revelam um esforço ativo para resignificar a experiência do câncer, demonstrando resistência e autocontrole emocional.

Embora nenhuma das participantes tenha tido acompanhamento psicológico formal, todas destacaram a relevância do suporte emocional. Afrodite atribuiu 80% do sucesso do tratamento ao equilíbrio psicológico, enquanto Atena afirmou que considera 70% do tratamento do câncer como mental. Também, a Casa de Apoio, emergiu como um espaço fundamental de acolhimento, onde os vínculos formados com outros pacientes e profissionais forneciam força para continuar.

Outra questão em comum, foi a demora na busca pelo diagnóstico, sendo um ponto de culpa para Afrodite e Atena, esta última tendo sido negligenciada por médicos inicialmente. Os relatos também evidenciaram a dor física e emocional do tratamento, mas destacaram a persistência e a adaptabilidade desenvolvida ao longo do processo. Afrodite resumiu: *“Vamos viver um dia de cada vez... Continuar vivendo, essa é a palavra”*, encapsulando a filosofia de vida adotada pós-doença.

Além do mais, o termo “resistência”, utilizado repetidamente nas análises, deriva do verbo latino "resistere" (manter-se firme). No contexto deste estudo, refere-se à capacidade das participantes de enfrentar adversidades físicas e emocionais, preservar sua identidade frente às transformações corporais e reorganizar suas vidas após o trauma (Guerra & Filgueiras, 2012). Essa resistência não implica negação passiva, mas uma reconstrução ativa de significados.

O singular e o particular na experiência do câncer de mama

No contexto psicanalítico, a distinção entre o singular e o particular permite uma compreensão mais aprofundada das narrativas das pacientes. O singular refere-se à experiência subjetiva única de cada mulher, sua história de vida, afetos e modo próprio de vivenciar o adoecimento e suas consequências. Já o particular diz respeito aos elementos

compartilhados por um determinado grupo, que, embora variem em intensidade e expressão, refletem condições socioculturais comuns (Guerra, 2019).

Ao analisar os relatos das participantes, percebe-se que suas vivências se inscrevem nessa articulação entre o singular e o particular. No âmbito do particular, há uma recorrência de desafios impostos pelo contexto socioeconômico, como o difícil acesso a serviços de saúde, a ausência de suporte psicológico adequado e a priorização da sobrevivência em detrimento da preocupação com a autoimagem. No entanto, cada mulher também apresenta uma forma singular de lidar com esses desafios, demonstrando diferentes estratégias emocionais e subjetivas de enfrentamento.

Afrodite, por exemplo, fala sobre a perda da mama não apenas como uma mudança corporal, mas como um marco de resistência. Em seu relato, há um tom de luta e superação, como se a doença tivesse se tornado parte de sua identidade, transformando sua percepção sobre feminilidade. Para ela, o câncer trouxe um novo olhar sobre o próprio corpo, onde as cicatrizes deixadas pelo tratamento passaram a carregar significados de força e resiliência. No entanto, apesar desse discurso de enfrentamento, suas falas também revelam momentos de ambivalência emocional, nos quais o medo da retomada da doença ainda é recorrente.

Gaia, no entanto, enfrentou dificuldades desde o início do processo, esperando meses para conseguir iniciar o tratamento. Ela menciona que, ao receber o diagnóstico, sentiu como se seu mundo tivesse desmoronado, mas precisou reunir forças para seguir em frente. Essa vivência, particular a ela, se conecta a um discurso coletivo que permeia o câncer de mama: a necessidade de resistência diante da doença. Além disso, ao relatar o choque de ver outros pacientes em condições mais graves, Gaia toca em uma dimensão intersubjetiva da experiência do adoecimento – o contato com o sofrimento do outro transforma a percepção de

sua própria dor e reforça a gravidade da doença como um fenômeno que ultrapassa o individual.

A ausência de acompanhamento psicológico em sua trajetória ressalta um aspecto importante da assistência oncológica: enquanto o suporte da família e da equipe médica foram cruciais, o sofrimento psíquico permaneceu como um elemento invisibilizado no percurso do tratamento. Isso demonstra como, no nível singular, Gaia lidou com a experiência a partir de suas próprias estratégias emocionais, mas, no nível particular, essa lacuna no cuidado psicológico reflete um padrão recorrente no enfrentamento do câncer de mama. Em suma, sua experiência ilustra como algumas mulheres, diante das limitações impostas pelo contexto, adotam estratégias psíquicas de adaptação, minimizando os pensamentos acerca de mudanças corporais em prol da importância da sua própria sobrevivência.

Atena, por sua vez, traz um relato marcado por uma postura pragmática e um forte senso de responsabilidade. Tendo perdido uma irmã para o câncer de mama, sua preocupação principal nunca foi com a estética, mas com a possibilidade de garantir sua sobrevivência e evitar o sofrimento da mãe ao vê-la adoecer gravemente. Após a cirurgia para retirada do tumor, ela solicitou que a equipe médica removesse sua mama como forma de prevenção, mas os profissionais não consideraram a medida necessária. Seu relato expressa um posicionamento firme diante da doença, enfatizando que, se a mastectomia fosse indicada, ela teria aceitado sem hesitação. Ao final de seu relato, Atena deixa um alerta às outras mulheres: “nós mulheres temos que nos cuidar, se toquem”, ressaltando a importância da detecção precoce, que foi fundamental para seu diagnóstico.

A interseccionalidade se faz presente nesse entrelaçamento, pois as condições de classe social não determinam, mas modulam as experiências singulares, afetando as

possibilidades de ressignificação. Assim, a psicanálise se mostra um campo essencial para acolher as nuances entre o que é compartilhado e o que é exclusivamente vivido por cada sujeito, possibilitando um olhar mais profundo e humanizado para essas mulheres.

Além da autoimagem: sobrevivência e cuidado

O presente estudo evidencia que, para mulheres de classes sociais mais baixas, a questão da sobrevivência se sobrepõe às preocupações com a imagem corporal. Isso ocorre porque essas mulheres enfrentam desafios adicionais, como a dificuldade de acesso a um tratamento rápido e adequado, a ausência de suporte psicológico estruturado e o impacto da doença na dinâmica familiar e financeira. Para essas pacientes, o tratamento não representa apenas uma mudança estética, mas também uma ameaça concreta à continuidade da vida, tornando a luta pela sobrevivência sua principal preocupação. Assim, a identidade feminina se ressignifica a partir da necessidade de adaptação a uma nova realidade imposta pela vulnerabilidade social e econômica.

Conforme Peres e Santos (2007), mulheres em vulnerabilidade socioeconômica enfrentam barreiras estruturais que limitam seu acesso a suporte psicológico e tratamentos complementares, enquanto mulheres de classes sociais mais altas – frequentemente atendidas na rede privada - possuem maior acesso a recursos que podem mitigar o impacto da doença, incluindo suporte psicológico especializado, possibilidade de reconstrução mamária e acompanhamento multidisciplinar, todos de maneira mais rápida (INCA, 2022). Nesses casos, a feminilidade tende a ser ressignificada a partir da preservação da autoimagem, uma vez que a reconstrução da mama e o suporte terapêutico reduzem as angústias relacionadas à finitude. Dessa forma, sua experiência da mastectomia é menos atravessada pelo medo da morte e mais voltada para a questão estética e a qualidade de vida no pós-tratamento (Araújo & Lima, 2015).

Nesse sentido, a interseccionalidade também se mostra uma ferramenta necessária para a psicanálise, pois permite ampliar a compreensão sobre os diferentes modos de subjetivação e enfrentamento da doença. Ao considerar os fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam a vivência do câncer de mama, o olhar clínico pode ser refinado para atender às singularidades de cada paciente, oferecendo uma escuta mais sensível às realidades múltiplas que atravessam suas experiências.

Ademais, a análise dos relatos sugere que a feminilidade foi ressignificada pelas participantes menos em termos estéticos e mais como uma posição de sustento e cuidado familiar, deslocando o eixo tradicional da discussão psicanalítica sobre “O que é uma mulher?” (Freud, 1931/1996; Lacan, 1958/1989). Afrodite, por exemplo, afirmou que sua motivação para enfrentar o tratamento estava ancorada nos filhos (“*Fiz tudo por eles*”), enquanto Atena ocultou sua dor para proteger a mãe, priorizando seu papel de cuidadora mesmo em meio à doença. Por isso, essas narrativas revelam uma feminilidade prática e relacional, onde “ser mulher” está vinculado à capacidade de prover e sustentar afetivamente a família, mesmo em condições de vulnerabilidade.

Portanto, essa reconfiguração dialoga criticamente com as teorias psicanalíticas clássicas: se Freud (1931) associou a feminilidade à passividade e à maternidade, e Lacan (1958) ao “ser o falo” como objeto de desejo, as participantes demonstraram uma feminilidade ativa, centrada na resistência cotidiana. Um exemplo disso pode ser visto em Gaia, que mesmo com tremores pós-tratamento, manteve-se como pilar familiar, reforçando que sua identidade feminina estava menos na aparência corporal e mais na persistência como provedora. A partir disso, essa perspectiva ecoa a noção lacaniana de que a feminilidade “não existe” como universal (Lacan, 1972-1973), mas se constrói em atos singulares – neste caso, na capacidade de cuidar apesar da doença.

De forma concludente, a interseccionalidade (Crenshaw, 2002) amplia essa análise: para mulheres em contextos de pobreza, a feminilidade é atravessada pela urgência material, onde o autocuidado estético torna-se secundário frente à necessidade de manter a família. Assim, a psicanálise, ao investigar essas trajetórias, deve questionar seus próprios pressupostos, reconhecendo que a feminilidade pode se expressar para além do corpo, na força do vínculo e na sobrevivência compartilhada. Como destacou Afrodite: *“Hoje sou uma outra mulher, aprendi e dizer não ao que não me faz bem [...] nunca deixei de cuidar dos meus”* - síntese de uma feminilidade reinventada, onde “ser mulher” se funde com o ato de sustentar a vida, mesmo quando a própria está ameaçada.

Estratégias de resignificação

As narrativas das pacientes revelam processos psíquicos complexos para resignificar a experiência do câncer de mama, articulados através de quatro estratégias principais. A primeira, sublimação, manifesta-se no deslocamento da angústia corporal para investimentos afetivos e sociais, como evidenciado nas falas de Afrodite (*“Fiz tudo pelos meus filhos”*) - afirmando que encontrava sua força para seguir o tratamento nos filhos - e Atena (*“Nunca deixei ela me ver sofrendo, sempre dizia que estava tudo bem”*) - apoiando-se na ideia de aparentar ser forte para a sua mãe - podendo ser observada uma reconstrução identitária ancorada no cuidado materno (Lacan, 1958/1998).

Paralelamente, a negação criativa emerge como mecanismo de defesa, exemplificado pela racionalização do tratamento, onde Afrodite afirmou: *“Tratei a quimioterapia como remédio para dor de cabeça”*, evitando a associação direta entre câncer e morte (Freud, 1926/1996). Essa estratégia, ainda que frágil, sustenta a ilusão de controle sobre o real traumático. Ademais, a espiritualização surge como terceiro eixo, onde todas as participantes, em seu relato, afirmaram que “entregaram nas mãos de Deus”, e essa fé parece ter dado a elas

um sentido de aceitação e paz diante do que não podiam controlar, servindo como um complemento para lidar com as emoções difíceis, podendo “Deus” assumir a função de Outro garantidor (“*Seja feita a tua vontade*”) (Lacan, 1964/2008).

Com isso, vemos a ressignificação identitária, onde as mulheres reconstruíram sua autoimagem após a doença. Afrodite disse: “*Hoje sou outra mulher. Me priorizo mais e aprendi a dizer não*”; Atena também fala sobre mudanças: “*Depois de tudo isso, passei a ver a vida de outro jeito. Sou mais paciente agora*”. Com isso, essas falas refletem a emergência de um novo eu pós-trauma, que rejeita passividades tradicionais e redefine prioridades.

Esses achados destacam que a ressignificação é um processo não linear, dependente de recursos simbólicos disponíveis, tornando-se algo complexo e pessoal. Diante disso, cada mulher encontrou suas próprias formas de enfrentamento, utilizando os recursos emocionais e relacionais que tinham à disposição. De forma concludente, a clínica psicanalítica, nesses casos, deve acolher não apenas o trauma, mas as formas inventivas de reparação que surgem nas brechas do desamparo social.

No entanto, embora parte da literatura associe o câncer de mama a uma crise identitária obrigatória, os dados desta pesquisa revelaram que algumas mulheres não vivenciam a necessidade de ressignificação (Afrodite: “*não sinto que falta nada, olho no espelho e me sinto completa*”), mantendo uma sensação de completude mesmo após o tratamento. Essa postura, ainda pouco explorada nos estudos psicanalíticos, sugere que a relação entre corpo, identidade e feminilidade é profundamente singular, podendo prescindir de processos de elaboração quando ancorada em outros eixos de significação.

Em suma, os relatos das participantes trouxeram nuances que desafiaram pressupostos iniciais da pesquisa, revelando que a experiência do câncer de mama não se enquadra em

modelos universalizantes. Enquanto a literatura tende a enfatizar a crise identitária e a centralidade da autoimagem (Almeida et al., 2012), as estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres demonstraram que a feminilidade foi ressignificada de modos singulares, muitas vezes ancorados em dimensões práticas e relacionais. Alguns exemplos disso são Afrodite, que deslocou o foco da estética para a resistência, e Atena, que priorizou a sobrevivência, desvinculando a feminilidade de padrões corporais.

Além disso, a ausência de acompanhamento psicológico formal – frequentemente apontada como lacuna crítica (Barros, 2002) - não impediu que elas desenvolvessem mecanismos adaptativos, como a sublimação no cuidado familiar ou a racionalização do tratamento. Ademais, essas estratégias, embora distantes dos modelos clínicos convencionais, evidenciaram que a ressignificação pode emergir de recursos simbólicos disponíveis no cotidiano, como os vínculos afetivos na Casa de Apoio.

Portanto, as subjetividades das participantes reforçam que a reconstrução identitária pós-câncer não segue um roteiro linear, mas se articula a partir de processos subjetivos que transcendem expectativas teóricas prévias. Se, por um lado, a psicanálise ofereceu ferramentas para entender as ressignificações da feminilidade, por outro, os dados empíricos desafiaram noções normativas sobre “crise identitária” e “falta”. Por fim, esses desencontros destacam a importância de contextualizar as teorias à luz das realidades sociais das pacientes, especialmente em populações vulneráveis, onde estratégias aparentemente “não convencionais” podem ser tão válidas quanto os modelos clínicos tradicionais.

Considerações finais

O presente estudo permite uma melhor compreensão de como mulheres que enfrentaram o câncer de mama reconstróem sua identidade e feminilidade após o tratamento,

revelando um processo marcado por singularidades, mas também por desafios comuns. A análise das narrativas mostrou que a experiência da doença vai além do físico, atingindo dimensões simbólicas e emocionais que demandam ressignificações profundas. A partir disso, pode-se notar a importância de estudar uma doença que não é psicológica, mas que afeta tanto esse âmbito.

Outrossim, um dos achados principais foi a ressignificação da feminilidade, que não se limitou a padrões estéticos tradicionais, mas se reconstruiu a partir de referências como resistência, cuidado, adaptabilidade, espiritualidade e apoio familiar. As participantes demonstraram que, mesmo em contextos de vulnerabilidade social, encontraram estratégias próprias para lidarem com as transformações corporais e emocionais. No entanto, a ausência de suporte psicológico formal evidenciou uma lacuna no sistema de saúde, que ainda prioriza o tratamento biomédico, deixando de lado ou como opcional, o tratamento psicológico.

Além disso, a psicanálise mostrou-se uma ferramenta valiosa para interpretar essas experiências, destacando a importância de uma escuta atenta aos significados inconscientes e às formas singulares de enfrentamento. A Casa de Apoio de Pedra Branca emergiu como um espaço fundamental, não apenas para o tratamento, mas para a construção de redes de apoio que fortaleceram a resiliência das mulheres.

Em suma, este trabalho contribui para a discussão sobre a necessidade de vigilância ativa na implementação das políticas públicas que associam o tratamento oncológico a intervenções psicológicas contínuas, especialmente para mulheres em situação de vulnerabilidade, bem como o monitoramento da qualidade e andamento dos serviços oferecidos. Como limitação, reconhece-se que a pesquisa envolveu um número reduzido de participantes, sugerindo que estudos futuros ampliem a amostra e explorem diferentes realidades socioeconômicas.

De forma concludente, reforça-se a importância de abordagens interdisciplinares no cuidado oncológico, capazes de acolher não apenas a doença, mas a complexidade humana que a acompanha. Por fim, a psicanálise, com seu potencial de trabalhar traumas e reconstruir narrativas, pode ser um caminho fértil para ajudar mulheres a reencontrarem-se após o câncer de mama.

Referências

- Almeida, L. Y., & Mazo, G. Z. (2019). Envelhecimento e comunicação: desafios na pesquisa qualitativa. *Revista Kairós*, 22(1), 45-60.
- Almeida, R. A. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da SBPH*, 9(2), 99-113.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007&lng=pt&tlng=pt.
- Almeida, T. R., Guerra, M. R., & Filgueiras, M. S. T. (2012). Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 22(3), 1003–1029.
<https://doi.org/10.1590/S0103-73312012000300009>
- American Psychological Association (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7^a ed.).
- Arán, M. (2003). Lacan e o feminino: algumas considerações críticas. *Natureza humana*, 5(2), 293-327.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302003000200001&lng=pt&tlng=pt
- Araújo, R. S., & Lima, N. L. (2015). A clínica psicanalítica no hospital com mulheres em tratamento de câncer de mama. *Tempo Psicanalítico*, 47.2, 90–102.
- Barros, J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?. *Saúde E Sociedade*, 11(1), 67–84.
<https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>
- Brasil, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2022). Tratamento do câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA.
<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controlado-cancer-de-mama/acoes/tratamento>
- Brasil, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (2023). Tipos de câncer: Câncer de mama. Rio de Janeiro: INCA.
<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/tipos/mama>
- Brasil, Ministério da Saúde & Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). (2014). *Sofrimento psíquico do paciente oncológico: o que há de específico?* (Vol. 2).
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_psicologia_sofrimento_psiquico_paciente_oncologico.pdf
- Brasil, Ministério da Saúde (2023). Câncer de mama. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama>
- Caixeta, J. E., & Barbato, S. (2004). Identidade feminina: um conceito complexo. *Paidéia (ribeirão Preto)*, 14(28), 211–220.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200010>

- Campos, E. P., Rodrigues, A. L., & Castanho, P. (2021). Intervenções Psicológicas na Psico-Oncologia. *Mudanças - Psicologia da Saúde*, 29(1), 41–47. doi:10.15603/2176-1019/mud.v29n1p41-47
- Carvalho, G. B., Santeiro, T. V., & Ferreira., C. B. (2023). Perda e luto no adoecimento por câncer: Estudo de experiências de mulheres. *Psicologia Clínica*, 35(2), 233–256. doi:10.33208/pc1980-5438v0035n02a01
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista Estudos Feministas*, 10(1), 171–188. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000100011>
- Fontanella, B. J. B., et al. (2011). Saturação teórica em pesquisas qualitativas. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388-394.
- Freud, S. (1976). A feminilidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp. 113-134). Imago. (Trabalho original publicado em 1932)
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 271-286). Imago. (Trabalho original publicado em 1925)
- Freud, S. (1996). Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 311-333). Imago. (Trabalho original publicado em 1916)
- Freud, S. (1996). Inibição, sintoma e angústia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 87-171). Imago. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. Sexualidade feminina (1996). In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Imago. (Trabalho original publicado em 1931)
- Gonçalves, M. M. C. Nós e a morte: um estudo psicológico. *Rev. Esc. Enf. USP.*, v.28, n.3. p. 243-50, dez. 1994.
- Guerra, A. M. C. (2019). Universal, particular e singular: Psicanálise e Política. *Clínica & Cultura*, 8(1), 7-23. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-25092019000100003&lng=pt&tlng=pt.
- Lacan, J. (1985). *O Seminário, Livro 20: Mais, ainda*. Editora Zahar. (Trabalho original publicado em 1972-1973).
- Lacan, J. (1989). Ideias diretivas para um congresso sobre a sexualidade feminina. Em *Escritos*. Argentina: Siglo Veintiuno Editores, 15ª edição. (Trabalho original publicado em 1958).
- Lacan, J. (1998). *O Seminário, Livro 5: As formações do inconsciente*. Editora Zahar. (Trabalho original publicado em 1958).

- Lacan, J. (2008). *O Seminário, Livro 11: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Editora Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Langaro, F., Pretto, Z., & Cirelli, B. G. (2012). Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. *Psicologia clínica*, 24(2), 127–146. doi:10.1590/s0103-56652012000200010
- Lotti, R. C. B., Barra, A. A., Dias, R. C., & Makluf, A. S. D. (2008). Impacto do Tratamento de Câncer de Mama na Qualidade de Vida. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 54(4), 367–371.
<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2008v54n4.1700>
- Menezes, N. N. T. de ., Schulz, V. L., & Peres, R. S. (2012). Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estudos De Psicologia (natal)*, 17(2), 233–240.
<https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200006>
- Monção, M. R. F., & Honda, H. (2019). O estatuto de regra fundamental da associação livre: sobre as bases teóricas da técnica da psicanálise. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 10(2), 41-58.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072019000200004&lng=pt&tlng=pt.
- Pereira, B. C. J. (2021). Sobre usos e possibilidades da interseccionalidade. *Civitas - Revista De Ciências Sociais*, 21(3), 445–454.
<https://doi.org/10.15448/1984-7289.2021.3.40551>
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. *Revista Latino-americana De Enfermagem*, 15(spe), 786–791.
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000700012>
- Santos, A. B. (2019). Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica. *APS EM REVISTA*, 1(2), 170–179.
<https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.23>
- Silva, D. Q. & Folberg, M. N. (2008). De Freud a Lacan: as idéias sobre a feminilidade e a sexualidade feminina. *Estudos de Psicanálise*, (31), 50-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372008000100007&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia Em Estudo*, 13(2), 231–237.
<https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000200005>
- Valdivia, O. B. (1997). Psicanálise e feminilidade: algumas considerações. *Psicologia: Ciência E Profissão*, 17(3), 20–27.
<https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000300004>
- Zafiropoulos, M. (2009). A teoria freudiana da feminilidade: de Freud a Lacan. *Reverso*, 31(58), 15-24.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200002&lng=pt&tlng=pt.