



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**MULHERES MASTECTOMIZADAS E SEUS PARCEIROS: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DO CORPO E SATISFAÇÃO SEXUAL**

**TAMIRIS MOLINA RAMALHO HIRSCHLE**

**João Pessoa - PB  
MARÇO/2016**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**MULHERES MASTECTOMIZADAS E SEUS PARCEIROS: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DO CORPO E SATISFAÇÃO SEXUAL**

**TAMIRIS MOLINA RAMALHO HIRSCHLE  
Mestranda**

**Profa. Dra. SILVANA CARNEIRO MACIEL  
Orientadora**

**João Pessoa - PB  
MARÇO/2016**

**TAMIRIS MOLINA RAMALHO HIRSCHLE**

**MULHERES MASTECTOMIZADAS E SEUS PARCEIROS: REPRESENTAÇÕES  
SOCIAIS DO CORPO E SATISFAÇÃO SEXUAL**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Tamiris Molina Ramalho Hirschle, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

**Orientadora: Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel**

**João Pessoa - PB  
MARÇO /2016**

H669m Hirschle, Tamiris Molina Ramalho.  
Mulheres mastectomizadas e seus parceiros:  
representações sociais do corpo e satisfação sexual / Tamiris  
Molina Ramalho Hirschle.- João Pessoa, 2016.  
143f.  
Orientadora: Silvana Carneiro Maciel  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHL  
1. Psicologia social. 2. Corpo. 3. Mastectomia. 4. Satisfação  
sexual. 5. Representações sociais.

UFPB/BC

CDU: 316.6(043)

**Universidade Federal da Paraíba  
Centro de Ciências Humanas e Letras  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social  
Mestrado  
Núcleo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química**

**MULHERES MASTECTOMIZADAS E SEUS PARCEIROS:  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CORPO E SATISFAÇÃO SEXUAL**

Autora: Tamiris Molina Ramalho Hirschle

**Banca Avaliadora**



Prof. Dra. Roseane Christhiná da Nova Sá Serafim  
(Universidade Federal de Campina Grande- Membro Externo)



Prof. Dra. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli  
(Universidade Federal da Paraíba- Membro Interno)



Prof. Dra. Silvana Carneiro Maciel  
(Universidade Federal da Paraíba- Orientadora e Presidente da Banca)

**João Pessoa- Paraíba  
Março/2016**

*À todas as mulheres que têm enfrentado  
o câncer de mama com bravura e sabedoria  
e aos seus parceiros que têm demonstrado  
que o amor é o melhor dos tratamentos*

*Não sei se a vida é curta ou longa para nós,  
mas sei que nada do que vivemos tem sentido,  
se não tocarmos o coração das pessoas.  
Muitas vezes basta ser: colo que acolhe,  
braço que envolve, palavra que conforta,  
silêncio que respeita, alegria que contagia,  
lágrima que corre, olhar que acaricia,  
desejo que sacia, amor que promove.  
E isso não é coisa de outro mundo, é o que dá sentido à vida.  
É o que faz que ela não seja nem curta, nem longa demais,  
mas que seja intensa, verdadeira, pura enquanto durar.  
Feliz aquele que transfere o que sabe e aprende o que ensina.*

Cora Coralina

## AGRADECIMENTOS

Agradeço,

À **Deus** pela minha vida e a oportunidade de crescer e viver cada dia aprendendo um pouco mais e atuando na profissão que escolhi.

Ao meu esposo **Franklin Eduardo** por sempre acreditar em mim mais do que eu mesma, por me apoiar em todos os sentidos e momentos, por ser o meu coração batendo fora de mim.

Ao meu pai **Jean** por toda a confiança e ensinamentos, e, principalmente, pelo exemplo de determinação e persistência que sempre foi para mim.

À minha mãe **Cristiane** por todo o amor dispensado à mim, pelo cuidado, incentivo e muitas conversas, por ser mais que presente, ser um presente na minha vida.

Ao meu irmão **Luiz Miguel** por sempre me fazer voltar a ter a leveza de criança ou a descontração de adolescente.

À toda a minha **família**, pelas orações, pela confiança e amor.

Aos meus companheiros da vida e de mestrado **Stefanny Lucena, Michael Augusto e Lorena Cavalcante**, por terem vivido a luta comigo.

À **Geane Karla** por ter me ajudado e ter compartilhado comigo a experiência de realizar esse trabalho e à **Katruccy Medeiros** por compartilhar de sua experiência e por seu carinho em toda minha caminhada.

Ao meu **Grupo de pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química -GPSMDQ** pelas contribuições, experiências e crescimento compartilhado.

À Pós –Graduação em Psicologia Social e todos os professores pelo aprendizado e contribuição no meu engrandecimento como profissional.

À CAPES, pelo incentivo financeiro oferecido durante todo este período.

À toda equipe da ONG e do Hospital que gentilmente autorizaram a realização desse estudo, em especial a assistente social **Josélia**.

À todas as **mulheres mastectomizadas e seus parceiros que participaram deste estudo** e confiaram a mim suas extraordinárias histórias de vida, suas dificuldades enfrentadas no cotidiano, contribuindo não somente para a produção de conhecimento, mas para o meu crescimento pessoal. Sem vocês, este trabalho não existiria.

Em especial, à minha orientadora **Profa. Dra. Silvana Carneiro Maciel**, que mais do que orientar, participou e compartilhou comigo seu conhecimento, experiência e vivência acerca deste trabalho, não aprendi com você apenas da teoria, mas a sua vida com certeza foi inspiradora. Não teria palavras suficientes para agradecer a confiança sempre depositada à mim no percurso de minha vida acadêmica.

À toda a sociedade que direta ou indiretamente, participaram desta conquista!

**Obrigada!**

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	3
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	4
<b>LISTA DE ABREVIACÕES</b> .....	5
<b>RESUMO</b> .....	6
<b>ABSTRACT</b> .....	7
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>CAPÍTULO 1. AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM MODO DE COMPREENDER OS FENÔMENOS</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 2. CORPO, CÂNCER DE MAMA E SATISFAÇÃO SEXUAL: TECENDO CONSIDERAÇÕES</b> .....	27
2.1. O corpo e suas significações .....	28
2.2. Corpo acometido pelo câncer de mama e autoimagem.....	36
2.3. A satisfação sexual no contexto do câncer de mama .....	46
Objetivo Geral.....	52
Objetivos Específicos.....	52
<b>CAPÍTULO 3. MÉTODO</b> .....	53
3.1. Tipo de estudo.....	54
3.2. Local do estudo .....	54
3.3. Participantes .....	55
3.4. Instrumentos e Análises de dados .....	56
3.4.1. Questionário Biossociodemográfico e Análises Descritivas .....	57
3.4.2. Técnica de Associação Livre de Palavras- TALP e Análise de Conteúdo Temática.....	57
3.4.3. Entrevista Semiestruturada e Análise Lexical (IRAMUTEQ).....	59
3.4.4. Escala de Satisfação sexual e Análises descritivas .....	61
3.5. Procedimento .....	61
3.6. Aspectos éticos.....	62
<b>CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	64
4.1. Caracterização da amostra .....	65
4.2. Análise de conteúdo dos dados emergidos do TALP das díades .....	72
4.2.1. Categorias representacionais do corpo da mulher.....	72
4.2.2. Categorias representacionais do corpo da mulher mastectomizada .....	77
4.3. Análise lexical IRAMUTEQ da entrevista semiestruturada das díades.....	82
4.4. Nível de Satisfação Sexual das díades .....	101

4.5. Consolidando os resultados.....	106
<b>CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>109</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICES</b>	
<b>ANEXOS</b>	

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1-</b> Frequências e porcentagens dos dados biosociodemográficos dos participantes .....	66
<b>Tabela 2-</b> Categorias representacionais do estímulo ‘corpo da mulher’ .....	72
<b>Tabela 3-</b> Categorias representacionais do estímulo ‘corpo da mulher mastectomizada’ .....	77
<b>Tabela 4-</b> Nível de satisfação sexual antes e depois da cirurgia .....	101

**LISTA DE FIGURAS**

<b>Figura 1-</b> Classificação hierárquica descendente das díades.....	83
--	----

## **LISTA DE ABREVIACOES**

**CHD** - Classificação Hierárquica Descendente

**INCA**- Instituto Nacional do Câncer

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**ONG**- Organização não governamental

**RS**- Representações sociais

**SPSS**- Pacote Estatístico para as Ciências Sociais

**TALP**- Técnica de Associação Livre de Palavras

**TCLE**- Termo de consentimento livre e esclarecido

**TNC**-Teoria do Núcleo Central

**TRS**- Teoria das Representações Sociais

**UCE** - Unidades de Contexto Elementares

**UCI** - Unidades de Contexto Iniciais

## RESUMO

O câncer de mama é uma temática relevante para os estudos de psicologia por se tratar de um assunto atual que necessita de um olhar voltado para questões de ordem psíquica e social. As mulheres que passam pelo procedimento da mastectomia e seus parceiros deparam-se com o corpo transformado e precisam ressignificá-lo, além disso, a mastectomia pode trazer diversas mudanças na vida íntima do casal. Este corpo que é marcado pela falta do órgão, tem representações sexuais, afetivas e é símbolo de feminilidade em nossa sociedade. Diante disto, este trabalho ancorado na Teoria das Representações Sociais objetiva analisar as representações sociais acerca do corpo da mulher, do corpo mastectomizado e o nível de satisfação sexual das mulheres mastectomizadas e de seus parceiros. Consiste em uma pesquisa multimétodo, de caráter descritivo e de campo, realizada em instituições que atendem às pessoas portadoras de câncer, localizadas na Paraíba. Compreendeu uma amostragem não probabilística e de conveniência, totalizando 20 participantes, sendo 10 mulheres mastectomizadas e seus parceiros. Os instrumentos utilizados foram: um questionário biosociodemográfico analisado a partir de estatísticas descritivas; a Técnica de Associação Livre de Palavras, utilizando os estímulos: ‘corpo da mulher’ e ‘corpo da mulher mastectomizada’; analisadas pela análise de conteúdo temática proposta por Bardin; uma entrevista semiestruturada, analisada através da análise lexical através do *software* IRAMUTEQ e uma escala de satisfação sexual analisada por meio de estatísticas descritivas. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual nas instituições e à domicílio com o auxílio de gravador; foram respeitados todos os procedimentos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Os resultados indicaram que as representações acerca do corpo da mulher mastectomizada são mais negativas quando comparado ao corpo da mulher, possuindo representações voltadas para a falta, a mutilação, a vergonha, bem como ao preconceito, além disso, o corpo da mulher mastectomizada não representa evocações voltadas à sexualidade quando comparadas ao corpo da mulher. Para os homens as representações são menos carregadas de palavras depreciativas, pois os parceiros demonstraram-se como apoiadores e auxiliares no tratamento e na recuperação integral de suas parceiras. Há um decréscimo da satisfação sexual do casal após a cirurgia, relacionada às alterações na autoimagem da mulher e suas representações devido à mastectomia, bem como aos tratamentos químicos do câncer. No entanto, os participantes ainda consideraram sua satisfação sexual boa e procuraram criar estratégias de enfrentamento para superar a perda da mama e as consequências do tratamento. O presente estudo oportunizou o olhar acerca do apoio do parceiro para as mulheres que é imprescindível na recuperação de sua integridade física e mental. Além disso, atenta para que os profissionais da saúde estejam orientados para proporcionar mais apoio e informação, criando projetos que forneçam o auxílio com vistas a promover a qualidade de vida desses atores sociais.

**Palavras-chave:** Corpo; mastectomia; satisfação sexual; representações sociais.

## ABSTRACT

Breast cancer is an important issue for psychology studies because it is a current issue that needs an eye toward issues of psychological and social order. Women who pass by the lumpectomy procedure and its partners are faced with the processed body and offering new significance it must, furthermore, mastectomy can bring several changes in intimate life of the couple. This body, which is marked by the absence of the body, has sexual representations, affective and is symbol of femininity in our society. In view of this, this paper anchored in the objective theory of social representations to analyse the social representations of the female body, the mastectomizado body and the level of sexual satisfaction of women with mastectomies and its partners. It consists of a multimethod research, descriptive and field held in institutions that cater to people with cancer, located in Paraíba. Included a non-probability sampling and convenience, totaling 20 participants, 10 women who underwent mastectomy and its partners. The instruments used were: one biosociodemográfico questionnaire analyzed in descriptive statistics; the Association of Technical Free Words, using the stimulus, 'the woman's body' and 'body in women with mastectomies'; analyzed by the thematic content analysis proposed by Bardin; A semi-structured interview, analyzed through the lexical analysis by IRAMUTEQ software and sexual satisfaction scale analyzed using descriptive statistics. The application of instruments occurred individually in institutions and home to the recorder aid; They were respected all ethical procedures involving human research. The results indicated that the representations of the body in women with mastectomies are more negative compared to the woman's body, having representations focused on the lack, mutilation, shame and prejudice, moreover, the body in women with mastectomies does not represent evocations focused on sexuality compared to the woman's body. For men the representations are less loaded with derogatory words, because the partners have proved themselves as supporters and aids in the treatment and full recovery of their partners. There is a decrease in the couple's sexual satisfaction after surgery, related to changes in a woman's self-image and their representations due to mastectomy, as well as to chemical cancer treatments. However, participants also considered a good sexual satisfaction and sought to create coping strategies to overcome the loss of the breast and the consequences of treatment. This study provided an opportunity to look about spousal support for women is essential in the recovery of their physical and mental integrity. Also, consider that health professionals are oriented to provide more support and information, creating projects that provide assistance with a view to promoting the quality of life of these social actors.

**Keywords:** Body; mastectomy; sexual satisfaction; social representations.

## INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos; cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012. É a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países emergentes (INCA, 2014).

Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama são bem conhecidos, como: envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo, exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama) (INCA, 2014).

O tratamento primário, geralmente, é a intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingir tecidos circundantes ou até a retirada total da mama (mastectomia radical) e também a retirada dos linfonodos da região axilar e dos músculos peitorais. A mastectomia radical é a mais frequente, em torno de 57% das intervenções realizadas, sendo aquela que remove toda a mama juntamente com os linfonodos axilares (Silva, 2008).

Geralmente alguns tratamentos complementares são necessários, como radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, as principais consequências desses tratamentos são náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispaurenia (dor durante o ato sexual) e anorgasmia (inibição do orgasmo) acrescentando mais sofrimento tanto físico como emocional (Santos & Vieira, 2011). Além disso, há a perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, fragilizando ainda mais o sentimento de identidade da mulher (Silva, 2008); tais efeitos interferem negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher.

Sabe-se que a mama é um símbolo corpóreo da sexualidade, feminilidade e ligado a construção da identidade da mulher na sociedade. Nesse sentido, é permeado por diversas representações relacionadas ao corpo feminino. O que nos faz pensar que qualquer patologia que ameace este corpo leve a uma perda de autoestima e alterações da autoimagem, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição (Ramos & Patrão, 2005). Nesse sentido, quando a mulher tem que submeter-se à mastectomia, a qual provoca uma alteração evidente no contorno do corpo, esse processo pode ser ainda mais difícil, pois tal alteração ocasiona sentimentos de estranheza, sofrimento e autodepreciação provocados pela não aceitação da perda da mama. A compreensão de tais reações deve levar em conta o componente simbólico e representacional ligado às mamas e ao corpo da mulher (Santos, Dias, Lacerda, Barreto & Rodrigues dos Santos, 2008).

Além disso, o sofrimento psicológico e a dor da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter que acolher um tratamento difícil, comporta representações e significados atribuídos também à doença ao longo da história e da cultura. E adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo

nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher como a sexualidade (Maciel & Sá-Serafim, 2013).

A sexualidade da mulher poderá ser alterada, não apenas em relação às mudanças fisiológicas decorrentes do tratamento, mas também relacionadas à representação de sua imagem corporal modificada. Nesse sentido, a mulher poderá sentir-se menos feminina, sentir que não é fisicamente atraente, que já não é desejada pelo parceiro. Isto pode desencadear sentimentos de inferioridade, insegurança, medo de ser rejeitada. Diante disso, a presença e o apoio do parceiro nesta fase da vida em que a mulher, na sequência da doença, se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade torna-se imprescindível (Seara, Vieira & Pechorro, 2012).

A satisfação sexual, considerada como uma avaliação holística da satisfação relacionada aos aspectos sexuais é um elemento da vida das mulheres que pode sofrer alterações oriundas de fatores psicológicos, devido a alterações na autoimagem ou de fatores orgânicos. Nesse sentido, o parceiro também assume um papel de destaque, pois o modo como ele lida com a situação pode interferir diretamente na satisfação sexual das mulheres (Santos et. al., 2008).

Diante do exposto, tendo em vista as representações ligadas à mama e as alterações no corpo das mulheres mastectomizadas, torna-se necessário compreender esses elementos a partir da Teoria das Representações Sociais (TRS). A escolha dessa teoria se dá devido à eficácia e relevância dessa teoria na análise dos objetos representacionais construídos no decurso da comunicação que buscam criar teorias no “senso comum” para explicar os fenômenos sociais que permeiam a realidade social das pessoas.

Assim, a relevância desse estudo encontra-se na busca pela análise das significações atribuídas ao corpo da mulher e ao corpo mastectomizado a partir das narrativas das mulheres mastectomizadas e seus parceiros. Visto que ambos precisam

ressignificar o conceito do corpo da mulher que passa a ser modificado pela mastectomia, compreendendo esse corpo, como alvo de representações estereotipadas no imaginário social. Além disso, os parceiros ainda precisam dar o suporte afetivo e social às suas parceiras, mas, apesar da importância destes na relação conjugal, seus sentimentos e suas representações são pouco estudadas, atribuindo pouca importância a eles, enquanto atores sociais que também são acometidos pelas consequências do processo do câncer de mama.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar as representações do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada e a avaliação do nível de satisfação sexual considerado por esses casais, tendo em conta o contexto de modificação do corpo da mulher devido a mastectomia. A partir dos resultados encontrados pretende-se contribuir para as políticas públicas de saúde da mulher e seus parceiros e elaborar intervenções no campo, tendo em vista a melhora da qualidade de vida deste grupo específico.

Com vistas à contribuição dessa discussão este estudo foi estruturado em 5 capítulos. O Capítulo 1- As representações sociais: um modo de compreender os fenômenos este capítulo explana a respeito da teoria utilizada buscando articular o objeto de estudo da presente pesquisa e foi escolhido para ser o primeiro para contextualizar de que ponto de vista será compreendido o nosso objeto de estudo de modo a situar o leitor na perspectiva utilizada.

O Capítulo 2- Corpo, câncer de mama e satisfação sexual: tecendo considerações versa sobre a história da construção representacional do objeto corpo e o corpo feminino ao longo do tempo na sociedade e suas implicações no imaginário social, bem como apresenta e descreve acerca do câncer de mama e da mastectomia expondo como essa enfermidade se relaciona com o ideário do corpo modificado e suas consequências na vida das mulheres. Além disso, esse capítulo aponta a satisfação sexual como uma das áreas em que o câncer

de mama afeta a vida e a autoimagem dessas mulheres e de seus parceiros, tecendo relações entre as representações do corpo, a autoimagem e a mastectomia.

O Capítulo 3- Método descreve o percurso metodológico: o tipo de estudo, a amostra, os instrumentos e a forma de análise dos dados, o procedimento de coleta de dados e as considerações éticas.

O Capítulo 4- Resultados e Discussões expõe a descrição dos achados do estudo, precedidos das articulações e interpretações teóricas acerca dos dados. Por último, o Capítulo – 5 Considerações finais, com os últimos desfechos acerca da temática abordada. Em seguida serão apresentadas as Referências, os Apêndices e Anexos.

# *Capítulo 1*

*As representações sociais: um modo de  
compreender os fenômenos*

---

---

O conceito de representações sociais tem fundas raízes na sociologia, mas atravessa as Ciências Humanas, fazendo um contraponto com as demais correntes da Filosofia, da História, da Antropologia, da Sociologia e da Psicologia Cognitiva. A psicologia das representações dentro da psicologia social se desenvolveu na Europa e foi lá que ela tomou força e aos poucos foi se espalhando e se consolidando como teoria reconhecida dentro da psicologia social no mundo (Álvaro & Garrido, 2006).

O estudioso progenitor da Teoria das Representações Sociais (TRS) é Serge Moscovici, nascido na Romênia em 1928 e naturalizado francês. Moscovici mostrava-se insatisfeito com o que a Psicologia Social na Europa havia fazendo e produzindo; para ele os estudos não estavam dando conta do social e excluía a contradição, a questão das desigualdades, o fenômeno da linguagem, o foco das ideias na construção da sociedade, a realidade social (Guareschi & Roso, 2014).

Moscovici então passou a desenvolver um projeto em um problema de âmbito mais geral ou universal, no sentido em que propõe a análise dos processos através dos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais em que tornam viável a comunicação e a organização dos comportamentos. Assim a representação social pode ser definida como uma modalidade de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, com um objetivo prático e contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (Vala, 2000).

Sua pesquisa inicial tratava de como os conceitos da Psicanálise deixam seu território original, povoado por especialistas. E passam a integrar o pensamento comum, presente na vida cotidiana das pessoas (Paredes, 2006). A pesquisa visava, através da análise do conteúdo das notícias publicadas na imprensa e dos resultados obtidos em um levantamento realizado a partir de uma grande amostra da população francesa, conhecer como os conceitos gerados na teoria psicanalítica eram utilizados no dia-a-dia por

diferentes grupos sociais franceses. A difusão da psicanálise através dos meios de comunicação provocara o uso cotidiano de ideias procedentes delas, mas sem referência à sua fundamentação teórica original. Assim, conceitos como repressão ou inconsciente, tornaram-se ideias do senso comum, cuja utilização era útil para dar sentido à realidade e descrever a conduta psicológica (Álvaro & Garrido, 2006).

A TRS começa com a discussão de Moscovici sobre o conceito de representação coletiva do sociólogo Émile Durkheim, este, por sua vez, definia a sociologia como o estudo dos fatos sociais, e os considerava algo externo à consciência individual sobre a qual exerciam seu domínio; esses fatos são formas de agir, pensar e sentir externos ao indivíduo. Já para Moscovici, as representações coletivas são mecanismos explicativos, irreduzíveis por si mesmos a nenhuma análise posterior. São elementos constitutivos da sociedade e devem ser estudados como são. Contrariamente à visão de Durkheim, para Moscovici, as representações não são somente um produto da idealização grupal, mas também um processo, uma forma de comunicar e entender o que sabemos (Álvaro & Garrido, 2006).

Moscovici também se distancia de Durkheim quando propõe que ao invés do termo ‘coletivas’ as representações deveriam ser chamadas de sociais, pois aquele termo seria mais estático e a substituição terminológica pretendia dar uma ideia às representações como algo dinâmico. Portanto, as representações sociais, em contraposição as representações coletivas, são entendidas como explicações de senso comum, formas de entender e comunicar as teorias científicas (Álvaro & Garrido, 2006).

Moscovici, em sua tese, pontuou as seguintes afirmações: 1) entre o que se acreditava cientificamente ser a psicanálise e o que a sociedade francesa entendia por ela existia um intermediário de peso, as representações sociais; 2) essas representações não

eram as mesmas para todos os membros da sociedade, pois dependiam tanto do conhecimento de senso comum (ou popular), como do contexto sociocultural em que os indivíduos estavam inseridos; e 3) no caso de novas situações ou diante de novos objetos, como, por exemplo, a psicanálise, o processo de representar apresentava uma sequência lógica: tornar familiares objetos desconhecidos (novos) por meio de um duplo mecanismo então denominado amarração – “amarrar um barco a um porto seguro”, conceito que logo evoluiu para o que chamamos de “ancoragem” –, e objetivação, processo pelo qual indivíduos ou grupos acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis, retiradas de seu cotidiano, aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais têm de lidar (Oliveira, 2004).

A TRS origina-se também como uma crítica ao conceito de atitude, sendo esta mais implícita do que explícita, e está apoiada na consideração da atitude como um conceito de caráter individualista, pelo menos quanto à sua evolução ao longo da história da psicologia social. Moscovici destaca que o que diferencia as atitudes das representações sociais é o fato de que as atitudes relacionadas com um objeto da realidade social são, de qualquer maneira, o resultado de representações prévias sobre esse objeto (Álvaro & Garrido, 2006).

A Teoria das Representações Sociais visou desenvolver um conceito que pudesse trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e diversidade, partindo da premissa de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, guiadas por objetivos diferentes. O que Moscovici busca é uma sistematização, uma reabilitação do senso comum, do saber popular, e mostra que a realidade é construída socialmente e que o saber é uma construção do sujeito, o qual possui uma inscrição social. Dessa maneira, ele propõe uma psicossociologia do conhecimento, com forte apoio sociológico, mas que não despreza os processos subjetivos e cognitivos (Vala, 2000).

Igualmente designado como “saber do senso comum” ou ainda “saber ingênuo”, “natural”, esta forma de conhecimento distingue-se, dentre outros, do conhecimento científico. Mas ela é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto aquele, por sua importância na vida social, pelos esclarecimentos que traz acerca dos processos cognitivos e as interações sociais (Jodelet, 1993).

Desse modo, para Álvaro e Garrido (2006) a TRS pretende ser uma recuperação da dimensão simbólica do conhecimento como objeto de estudo da psicologia social. As representações sociais compartilham, portanto, três características fundamentais: sua formação na interação social, o fato de serem sempre representações de algo ou de alguém, e finalmente, terem um caráter simbólico.

A TRS é um vasto campo teórico que se divide em diversas abordagens. Segundo Almeida (2009) há três abordagens teóricas que se desenvolveram a partir da TRS: a abordagem processual, liderada por Denise Jodelet; a abordagem societal, liderada por Willem Doise, conhecida como Escola de Genebra e a abordagem estrutural, liderada por Jean-Claude Abric, também denominada como a Escola do Midi.

Para a abordagem processual as representações sociais funcionam também como produto e processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social dessa realidade. As representações para Moscovici e Jodelet, devem ser analisadas em relação aos processos de dinâmica social e da dinâmica psíquica, daí à sua abordagem ser chamada de processual. Nesse sentido, devem ser considerados o funcionamento cognitivo, assim como o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, pois todas estas dimensões afetam a criação, a estrutura e a evolução das representações. Conteúdo e processo não precisam ser descritos dentro de uma dicotomia, as representações são produto e processo de uma atividade de apropriação do mundo social pelo pensamento e da elaboração psicológica e social dessa realidade.

Assim devem ser consideradas em relação aos seus aspectos constituintes (os processos) e constituídos (os conteúdos) (Chaves & Silva, 2011).

Já a abordagem societal de Doise objetiva articular explicações de ordem individual com as de ordem societal; mostrar como o indivíduo dispõe de processos que lhe permitem funcionar em sociedade e como dinâmicas sociais, particularmente interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais, orientam o funcionamento desses processos. Nesse sentido trabalha nos níveis análise, sendo eles: intra-individuais, nos quais os modelos utilizados tratam da maneira pela qual os indivíduos organizam suas experiências com o meio ambiente; inter-individuais e situacionais; os indivíduos são aqui considerados como intercambiáveis e são seus sistemas de interação que fornecem os princípios explicativos típicos das dinâmicas desse nível; um terceiro nível leva em conta as diferentes posições que os atores sociais ocupam no tecido das relações sociais, características de uma sociedade e analisa como suas posições modulam os processos do primeiro e segundo níveis e um quarto nível remete-nos aos sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais (Doise, 2002).

A terceira abordagem no estudo das representações sociais é denominada de Teoria do Núcleo Central (TNC) que foi proposta por Abric no ano de 1976. A base de sua teoria é a hipótese de que toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e de um sistema periférico, por isso foi chamada de abordagem estrutural.

Nesse sentido, as representações sociais incluem dois sistemas de significados: o sistema central e o sistema periférico. O sistema central, ou núcleo central, é rígido, coerente e estável, é consensual, define a homogeneidade do grupo e está ligado à sua história coletiva. É ao sistema central que cabe determinar a organização da representação e gerar a significação dos elementos da representação (Vala, 2000). Suas funções são gerar

o significado básico da representação e determinar a organização global de todos os elementos (Pereira de Sá, 1996).

Por sua vez, o sistema periférico é composto por elementos que são mais flexíveis, mudam, são sensíveis ao contexto, integram as experiências individuais e é neles que se manifesta a heterogeneidade do grupo (Vala, 2000). Suas funções consistem, em termos atuais e cotidianos, na adaptação à realidade concreta e na diferenciação do conteúdo da representação e, em termos históricos, na proteção do sistema central (Pereira de Sá, 1996).

Todavia, estudar as representações sociais, independente das abordagens, é identificar a “visão de mundo” que os indivíduos ou grupos têm e empregam na forma de agir e se posicionar. Existe uma reestruturação da realidade para integrar características objetivas do objeto representado, assim como experiências anteriores do sujeito e seu sistema de valores e normas. É esta realidade reapropriada que constitui, para o indivíduo ou grupo, a própria realidade (Chaves & Silva, 2011).

No entanto, para esse estudo estaremos adotando a abordagem processual do estudo das representações sociais, compreendendo os processos e os conteúdos das mensagens emitidas pelos atores sociais do estudo. Tendo em vista, tanto o funcionamento cognitivo, quanto o funcionamento do sistema social, dos grupos e das interações, compreendendo de onde falam esses atores, para quem falam, e, sobretudo o que falam, ou seja, qual o conteúdo. O qual, no caso do presente estudo é acerca do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada.

Na construção das representações sociais, dois processos entram em ação: a objetivação e a ancoragem. Estes processos estão intimamente ligados um ao outro e são modelados devido fatores sociais. O primeiro processo de nominado de objetivação refere-se à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao caminho

através do qual tais elementos adquirem materialidade, ou seja, se tornam expressões de uma realidade vista como natural (Cabecinhas, 2004).

Este processo de objetivação envolve três etapas. Na primeira, as informações e as crenças acerca do objeto da representação passam por um processo de seleção e descontextualização, admitindo a formação de um todo relativamente coerente, no qual apenas uma parte da informação disponível é armazenada. Este processo de seleção e reorganização dos elementos da representação não é neutro ou aleatório, dependendo das normas e dos valores grupais. A segunda etapa da objetivação corresponde ao arranjo dos elementos. Moscovici recorre aos conceitos de esquema e nó figurativo para evocar o fato dos elementos da representação estabelecerem entre si um padrão de relações estruturadas. A última etapa da objetivação é a naturalização, nesta os conceitos retidos no nó figurativo e as relações constituem-se como categorias naturais, adquirindo materialidade. Isto é, os conceitos tornam-se equivalentes à realidade e o abstrato torna-se concreto através da sua expressão em imagens e metáforas (Cabecinhas, 2004).

Já processo de ancoragem, se divide em duas formas de ocorrência, ou precedendo a objetivação ou situando-se na sua sequência. Enquanto processo que precede a objetivação, a ancoragem refere-se ao fato de qualquer tratamento da informação exigir pontos de referência: é a partir das experiências e dos esquemas já estabelecidos que o objeto da representação é pensado. Enquanto processo que sucede a objetivação, a ancoragem refere-se à função social das representações, permite compreender a forma como os elementos representados contribuem para exprimir e constituir as relações sociais (Moscovici, 2012).

Alem disso, as representações sociais possuem funções, portanto, não basta apenas saber como se formam é imprescindível compreender qual sua utilidade no funcionamento do indivíduo-social. Desse modo de acordo com Abric, um dos teóricos da TRS, as

representações sociais possuem quatro funções essenciais: de conhecimento, identitária, de orientação e justificadora (Chaves & Silva, 2011).

A função de conhecimento está relacionada com a possibilidade dos indivíduos de compreenderem e explicarem a realidade através das representações sociais. Elas definem o quadro de referência comum que permite e facilita a comunicação social, concedendo a transmissão do saber prático do senso comum. A função identitária das representações sociais define a identidade e permite a proteção da especificidade dos grupos, sendo muito importante no estudo da comparação social. Ao mesmo tempo essa função assume o papel no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros (Chaves & Silva, 2011).

A função de orientação refere-se às representações como guia dos comportamentos e das práticas sociais. Constitui-se em um sistema de pré-codificação da realidade, um guia para a ação. Além disso, as representações sociais também permitem, *a posteriori*, justificar comportamentos e tomadas de posição. Nas relações entre grupos assumem a função justificadora para explicar determinados comportamentos adotados face ao outro grupo. Assim as representações preservam e justificam a diferenciação social, podendo, então, estereotipar as relações entre grupos, contribuir para a discriminação ou para a manutenção da distância social entre eles. Diante desta descrição das funções das representações sociais fica bem clara a sua relação com as atividades práticas do cotidiano, e afirma-se que este não é apenas um conceito abstrato e teórico, mas também determinante na sua relação com a ação e as relações sociais (Chaves & Silva, 2011).

Segundo Jodelet (1993) as representações sociais entendidas como fenômenos cognitivos, associam o pertencimento social dos indivíduos às implicações afetivas e normativas, às interiorizações das experiências, das práticas, dos modelos de conduta e de pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que aí estão

ligados. Por esta razão, seu estudo constitui uma contribuição decisiva para a aproximação da vida mental individual e coletiva, deste ponto de vista, as representações sociais são abordadas simultaneamente como o produto e o processo de uma atividade de apropriação da realidade exterior ao pensamento e da elaboração psicológica e social da realidade.

Além disso, para estudar as representações sociais, em primeiro lugar é imperativo conhecer as condições do contexto em que os indivíduos estão inseridos mediante a realização de uma “análise contextual”. Pois, compreende-se que as representações sociais são historicamente construídas e estão estreitamente vinculadas aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam por meio de mensagens, e que se refletem nos diferentes atos e nas diversificadas práticas sociais (Franco, 2004).

Compreendendo que as representações se formam em um determinado contexto social, é preciso compreender como o sujeito vai representar um determinado objeto social. Nesse sentido, é preciso estabelecer qual a noção de sujeito/objeto para a teoria das representações sociais. Para Moscovici, sujeito e objeto formam um conjunto indissociável, ou seja, um objeto não existe por si mesmo, mas apenas em relação a um sujeito (indivíduo ou grupo). Nesse caso, a relação sujeito-objeto é que determina o próprio objeto. O sujeito ao formar sua representação de um objeto o constitui, o reconstrói em seu sistema cognitivo, adequando-o ao seu sistema de valores que depende de sua história e do contexto social e ideológico no qual está inserido (Alves-Mazzotti, 2002).

De acordo com Alves-Mazzotti (2008) as representações sociais podem ser abordadas e concebidas de muitas formas, relacionadas ou não ao imaginário social. Quando se relacionam ao imaginário social, a ênfase recai no caráter simbólico da atividade representativa de sujeitos que partilham uma mesma condição ou experiência social.

Nesse sentido, estudar as representações pode ser uma maneira de desvendar a sociedade tal como ela é percebida por seus atores. As representações sociais explicariam como determinados comportamentos vistos como naturais foram sendo construídos “naturalmente” através do contato social. É também, buscar conhecer melhor o modo como um grupo humano constrói um conjunto de saberes que expressam a identidade de um grupo social, como o conjunto de normas e regras de uma sociedade, as Representações Sociais possibilitam tornar o desconhecido familiar; o não familiar conhecido (Mestre & Pinotti, 2004).

A TRS, como visto, abarca uma gama de objetos e elementos que podem ser estudados baseados na sua compreensão da realidade social. Um dos objetos que a TRS estuda é o corpo, visto que é um elemento repleto de significados e permeado pelas mais diversas formas de compreensão do imaginário social de cada sociedade, baseado em sua cultura. Nesse sentido, como um dos objetos de estudo desse trabalho, faz-se necessário compreender como o corpo tem sido estudado dentro da TRS.

O corpo é consequência de uma construção simbólica envolvendo percepções e representações individuais e coletivas; os modelos de pensamento lançam representações sociais que, ao serem compartilhadas socialmente, produzem os diferentes modos de sentir e relacionar-se com o próprio corpo. Nesse sentido, estudar o corpo sob a perspectiva das representações sociais propicia a compreensão da relação que as pessoas têm com próprio corpo sob a influência dos modelos de pensamento e de comportamento (Camargo, Justo e Alves, 2011).

Jodelet enfatiza a importância do estudo do corpo a partir da perspectiva das representações sociais, pois estas assumem um papel importante na elaboração de maneiras coletivas de ver e viver o corpo, difundindo modelos de pensamento e de comportamento a ele relacionados (Goetz, Camargo, Bertoldo e Justo, 2008).

Nesse sentido, a difusão das representações do corpo se faz por meio de comunicações, uma delas e, atualmente, uma fonte expressiva que atinge uma grande parte da sociedade é a mídia. O discurso midiático tem se relacionado ao discurso médico que tem se traduzido em um discurso fortemente dirigido à transformação do corpo, em procedimentos estético-corretivos, passando a ser um produto do processo de categorização e comparação social, promovendo o enquadramento do corpo nos padrões de beleza vigentes. De tal modo que, ao popularizar os conhecimentos produzidos pela ciência, a mídia influencia a produção e veiculação das imagens, crenças, valores e estereótipos, concomitantemente, configurando-se como um dos principais meios de difusão, propaganda e propagação do padrão de beleza instituído pela sociedade (Sá-Serafim, 2013).

Nesse sentido, essa difusão de representações precisa ser compreendida dentro do espaço relacional dos indivíduos, os teóricos das representações sociais já apontaram a importância de se considerar o contexto ao estudar as RS. Pois o contexto abrangeria os fatores contingentes a situações de interação, fazendo com que uma mesma representação manifeste-se de modo diferenciado. Uma vez que o corpo pode estar inserido em diferentes contextos no cotidiano, de acordo com a situação social, diferentes elementos da representação poderiam ser ativados quando há ênfase na saúde ou na beleza corporal, bem como sendo protagonista do processo identitário das pessoas. Os estudos acerca da estrutura da representação social têm destacado que os elementos saúde e beleza se mostram centrais ao pensamento social a respeito do corpo (Justo, Camargo & Alves, 2014).

Diante disso, se esse corpo difundido e representado como belo e permeado pelo discurso médico como um corpo corrigível ao alcance da perfeição, passa a ser confrontado com uma doença que abala os alicerces do imaginário social de um corpo que

deve ser saudável e perfeito, é provável que ocorra uma necessidade de ressignificação desse corpo transformado pela doença. Isso é o que acontece com o corpo, principalmente no caso das mulheres que são confrontadas com o câncer de mama e a mastectomia (retirada da mama).

Pensando no caso das mulheres mastectomizadas, segundo Sá-Serafim (2013) ao avaliar que no cotidiano das práticas sociais os sistemas de representação funcionam como sistemas de classificação social, reflete-se que o aparecimento de doenças agudas ou crônicas além de poder influenciar a história da pessoa acometida e dos outros ao seu redor, também é capaz de gerar um novo conceito de corpo que irá desencadear na reelaboração da representação social da imagem corporal de um indivíduo, podendo ocasionar alterações na percepção de si e do outro, além de intervir no funcionamento familiar, laboral e sexual.

Nesse sentido, segundo Camargo et al. (2011) a TRS pode contribuir com a apreensão do corpo para além da dimensão individual e psicológica, elucidando o papel do conhecimento compartilhado na valorização do corpo e na importância da beleza e da saúde e suas consequências para as pessoas.

Diante disso, para este trabalho foi escolhida esta teoria devido ao fato do corpo, como visto anteriormente, ser um objeto representacional, permeado de estigmas e significados discutido no meio social, que traz consigo simbolismos que refletem no modo do homem ser, estar e se comportar no meio social. No caso, específico deste trabalho, a parte do corpo estudada (mama) é uma parte valorizada na sociedade e repleta de significados que vão ter implicações na forma como a mulher acometida pela mastectomia reelabora sua identidade, sua autoimagem e como se relaciona com o outro. Além disso, compreender também como o parceiro vê esse corpo e como o casal vivencia essa transformação juntos é fundamental para o estudo dessa população.

Para tanto, essa compreensão deve retomar ao contexto histórico e social em que foram construídas as representações sobre o corpo, nesse sentido o capítulo a seguir descreve esse percurso histórico de construção do símbolo corpo, principalmente do corpo feminino, que é um dos objetos desse estudo.

## *Capítulo 2*

*Corpo, câncer de mama e satisfação sexual: tecendo considerações*

---

## 2.1 O corpo e suas significações

O estudo do corpo e suas ações tem como suporte um conjunto de várias áreas de conhecimento como a antropologia, a psicologia, a sociologia, a medicina, a biologia, a moda, a comunicação, entre outras. Essa perspectiva transdisciplinar possibilita entendê-lo como orgânico, cultural, tecnológico ou “pós-orgânico”, espaço de cruzamento de natureza e cultura. (Siqueira & Faria, 2007).

O corpo é, também, um objeto de intensa visibilidade e preocupação por parte das pessoas em todo o mundo, apresentando características e interesses diferentes, cada sociedade vai representá-lo ou simbolizá-lo de modo diferente, mas a clara notoriedade dada ao corpo é sempre presente em nosso mundo. Nesse sentido, o corpo apresenta-se como signo cultural, impregnado de códigos normativos que deliberam sobre as comunicações e as condutas vinculadas ao uso do corpo enquanto uma estrutura simbólica capaz de mediar às relações sociais e intersubjetivas (Sá-Serafim, 2013).

Todavia, o corpo e suas ações no grupo social são tanto obra da natureza como produto de uma construção cultural, esse imbricamento corpo/cultura/natureza mostra que a natureza constrói o corpo e o corpo humano também reconstrói a natureza. (Siqueira & Faria, 2007).

Para além, o corpo, considerado também como um organismo natural, se constitui a partir de representações individuais e sociais, em uma unidade somato-psíquica, que pode ser desconstruída e reconstruída de maneira indefinida. Essa dinâmica se manifesta na forma como cada um usa, adocece, percebe, modifica, degrada e transforma o corpo (Goetz, et. al., 2008).

A história desse corpo humano é a história da civilização, pois cada sociedade, de acordo com sua cultura, age sobre o corpo determinando-o e construindo suas

particularidades, enfatizando determinados atributos em detrimento de outros. Surgem, então, os padrões de beleza, de sensualidade, de saúde, de postura, que dão referências aos indivíduos para se construírem e se identificarem como homens ou mulheres (Barbosa, Matos & Campos, 2011).

O corpo sempre foi objeto de representações pela sociedade em todo o mundo e mais especificamente, o corpo feminino tem sido por séculos dotado de grandes significações e estigmas, para tanto se dará ênfase a esse corpo feminino. Para compreender de forma mais aprofundada como esse corpo foi sendo representado por séculos, é necessário recorrer à história, compreendendo que um objeto representacional é construído nas relações sociais através do tempo.

A história narra que na Grécia antiga o corpo nu era objeto de admiração, a expressão e a exibição de um corpo nu representavam a sua saúde e os gregos apreciavam a beleza de um corpo saudável e bem proporcionado. O corpo era valorizado pela sua saúde, capacidade atlética e fertilidade. Para os gregos, cada idade tinha a sua própria beleza e o estético, o físico e o intelecto faziam parte de uma busca pela perfeição, sendo que o corpo belo era tão importante quanto uma mente brilhante (Barbosa et al., 2011). Os gregos sempre cultivaram as ações relacionadas à estética, a ginástica, por exemplo, era utilizada com o objetivo de proporcionar força e beleza para o cidadão grego, um grande exemplo disso são as esculturas que mostram a graciosidade do corpo forte (Cassimiro & Galdino, 2012).

Na antiguidade, muitos pensadores se questionavam acerca dos mais variados temas, inclusive sobre o corpo, um desses pensadores foi Aristóteles que deu uma contribuição para a construção das representações sobre o corpo em um de seus pensamentos em que analisa a diferença entre os corpos. Nesses pensamentos ele compara o corpo humano com os animais e classifica-o nas categorias “do gênero e da espécie,

*genos e eidos*”. Assim, a relação do corpo feminino diante destes conceitos, era compreendida pela comparação da superioridade dos machos e a inferioridades das fêmeas (Silva & Medeiros, 2013).

Além disso, o pensador ainda pontua algumas diferenças corpóreas que denotam a inferioridade da mulher, pois as mesmas possuem menos pelos, voz, braços e pernas mais finas e menos musculosas. Essa ideia abordava a respeito de uma verdade “natural”, ressaltando, além disso, a necessidade de procriação, na qual a fêmea fornece o material e o macho deve moldá-lo, assim supõe que enquanto o corpo é da fêmea, a alma é do macho (Silva & Medeiros, 2013).

Essa diferenciação entre homens e mulheres se evidencia também no fato de que nesse período havia certa liberdade sobre o corpo e o prazer do mesmo, no entanto, isso era relegado apenas aos homens, às mulheres cabia cumprir funções como obediência e fidelidade aos seus pais e maridos e a reprodução. A civilização grega não incluía as mulheres na sua concepção de corpo perfeito, que era pensado e produzido no masculino (Barbosa, et al. 2011).

Esses conceitos e essa forma de pensar sobre o corpo da mulher perpassam pela sociedade da época gerando formas de simbolizar e entender, através das comparações com animais e com as diferenças entre homem e mulher, o corpo feminino suas propriedades e funções.

Já na Idade Média temos uma sociedade que sofreu uma forte imposição por parte da Igreja, no sentido de construir uma forma de pensamento que fosse capaz de manipular a sociedade, construindo uma moral que define os papéis sociais de gênero, surgindo então, uma imagem das mulheres no discurso religioso. Essas imagens criam concepções que vão construir identidades e ressaltar a significação das mulheres, criando representações que

serão conceituadas através da teoria religiosa presente no contexto cultural e social da época (Silva & Medeiros, 2013).

Nesse sentido, o cristianismo e a teologia por muito tempo foram reticentes na interpretação, crítica e transformação das imagens veiculadas do corpo, durante muito tempo foi central a ideia de espiritualização e o controle de tudo o que era material. Para o cristianismo, diante de Deus, que estava em toda parte, os homens e as mulheres deviam ocultar o corpo, nem entre os casais, na intimidade, ele deveria ser inteiramente desvelado (Barbosa, et al. 2011). A Igreja influenciava a sociedade no campo moral, nos relacionamentos interpessoais, na vida familiar, na forma de pensar e até mesmo de vestir (Cassimiro & Galdino, 2012).

A partir do contexto histórico cristão, considera-se que a mulher foi criada da costela do homem, recebendo um papel auxiliar e de ser submissa aos caprichos do sexo oposto. Sua ‘fragilidade’ fez com que não resistisse à tentação da serpente, personificada como o diabo, na qual levou seu companheiro para a maldição. O corpo feminino na Idade Média, em especial, o imaginário projetado sobre ele era compreendido como fonte de maldição, envenenamento e podridão, enfatizados pela teoria da Igreja. Na sexualidade feminina não poderia existir o prazer, as mulheres que tinham prazer eram consideradas prostitutas, por isso era admirado as virgens, que deveriam seguir os estudos religiosos confinadas na igreja, já às mulheres casadas caberia o dever apenas de procriar (Silva & Medeiros, 2013).

A sexualidade da mulher, à esteira da representação do corpo feminino e de todo o seu percurso com relação às práticas sociais, culturais e de poder perante a sociedade medieval, é representada por discursos preconceituosos, impostos sobre a mulher com a legitimação da Igreja Católica, neste período, o exemplo de mulher era a Virgem Maria, um símbolo de “humano-divina” (Silva & Medeiros, 2013).

As compreensões acerca da mulher que ressaltam a sua inferioridade depositam em aspectos como o corpo um justificador concreto e observável da sua inferioridade. As representações do corpo, por vezes, se ligam as representações de gênero e se apoiam naquelas para legitimarem a sua veracidade, visto que o corpo é um objeto visível a todos. Adiante, no Renascimento, as ações humanas passaram a ser guiadas pelo método científico e começou a haver uma maior preocupação com a liberdade do ser humano e a concepção de corpo é consequência disso. O corpo, agora sob um olhar “científico”, serviu de objeto de estudos e experiências, além disso, com a mudança do sistema econômico, surge a lógica de produção capitalista, na qual o corpo mostrou-se tanto oprimido, como manipulável, era, então, percebido como uma “máquina” de acúmulo de capital, os movimentos corporais passaram a ser regidos por uma nova forma de poder: o poder disciplinar. (Barbosa et al. 2011).

O que se percebe também nessa época é que as regras que regularizavam o convívio em sociedade pouco a pouco se diferenciaram daquelas ligadas à Igreja, o homem passou a cultivar a si próprio; as leis sobre o funcionamento da sociedade agora eram ditadas pela razão e questões como os sentimentos, as emoções, a sexualidade, que durante a Idade Média eram tidas como ações pecaminosas, foram incorporadas pela nova sociedade (Cassimiro & Galdino, 2012).

Em seu estudo sobre as representações sociais com imagens pictóricas do corpo de mulheres em diversas épocas, Álvaro e Ruiz (2006) destacaram algumas características que se sobressaíram: a representação do corpo como um símbolo de reprodução e fertilidade, como uma marca de falhas e defeitos, e, finalmente, a sua representação como desvio e marginalidade. Nota-se como o corpo feminino tem sido o elemento através do qual cada significado tem se constituído em uma representação específica do corpo da mulher e

como o corpo da mulher tem sido a imagem sobre a qual se tem representado e simbolizado tudo aquilo que está fora da norma.

Como observado até então, o corpo pode ser considerado um produto cultural, histórico e social que se fragmentou e se refez ao longo do tempo, além disso, é inspirador de vários hábitos cotidianos como: vestir, calçar, pentear, as normas estéticas legadas a esse corpo, principalmente o corpo da mulher fizeram da mesma uma “escrava” da beleza, os cuidados femininos, por muito tempo, foram dominados pela obsessão com o rosto e, hoje, o corpo passa a ser o foco do objetivo estético. O século XXI traz a obsessão por ser magra ou por ter um corpo musculoso, “perfeito”, livre de qualquer descuido, tendo como discurso aliado à ideia de corpo saudável. Com isso, a mulher precisa ter um corpo plasticamente perfeito, à prova de velhice, um corpo que se torna, cada vez mais, um objeto (Samarão, 2007).

Atualmente, nota-se que cada vez mais pessoas investem no seu corpo, com o intuito de obter dele mais prazer sexual e de aumentar o poder de estimulação social, desse modo, modelos corporais são evidenciados como indicativo de beleza, em um jogo de sedução e imagens, veicula-se a representação da beleza estética associada a determinados ideais de saúde, magreza e atitude. A necessidade humana, nos nossos dias, de se encaixar em um padrão estético, parece desencadear uma imagem em crise, demonstrando-se através de uma série de expressões como o aumento das próteses de silicone, a clonagem, as intervenções da engenharia genética, a biologia molecular ou as novas técnicas cirúrgicas ou ainda o uso de substâncias químicas (Barbosa et al.,2011).

Essa imagem normatizada, principalmente em relação à mulher nas culturas ocidentais, atualmente tem se traduzido num corpo, curvilíneo, delicado, magro, esbelto e bem trabalhado, caminhando no sentido oposto da diversidade corporal, editando uma série de padrões e normas estéticas sobre o corpo (Kunsler, 2011).

O corpo feminino é um símbolo repleto de significados e está também fragmentado nos seus símbolos, como a mama e a vagina, e, no que o diferencia do corpo masculino. Simultaneamente, esses símbolos “cercam” a sua identidade enquanto pessoa na valorização daquilo que a define enquanto mulher, especialmente na nossa sociedade onde existe a celebração do corpo feminino perfeito e erótico (Aureliano, 2009).

Refletindo acerca desses símbolos do corpo feminino, fragmentado em suas partes que definem o ‘ser mulher’, constata-se que a mama tem um significado marcante na identidade das mulheres, pois está presente na vida dos seres humanos desde os primeiros momentos da infância como fonte de alimento e conforto, destacando-se aqui sua função nutricional. Posteriormente, ainda na infância, as meninas são educadas para cobrirem o peito, enquanto os meninos são encorajados a exibí-lo, e aqui já percebe-se o caráter sexual atribuído às mamas das mulheres, por isso devem ser escondidas (Aureliano, 2009).

Além disso, as bonecas trazem representações sobre as mamas perfeitas, e na televisão, na mídia em geral, na pornografia e na moda encontramos modelos de uma ‘forma ideal’ de corpo feminino com as mamas adequadas. Desse modo, a mama é vista como parte útil tanto a amamentação quanto a sedução e faz-se com que a parte (mama) represente a pessoa (mulher) (Aureliano, 2009).

Além de desempenharem um importante papel em todas as fases do desenvolvimento feminino que vão desde a puberdade à idade adulta, as mamas também representam um símbolo de identificação da mulher, possuindo uma forte carga simbólica de feminilidade, sensualidade e maternidade. Essa sua feminilidade é expressa pelo erotismo, pela sensualidade e pela sexualidade (Talhaferro Lemos & Oliveira, 2007).

Nesse sentido, ao estudar e investigar a construção histórico-cultural do corpo feminino no Ocidente observa-se que a contribuição da biomedicina nesse processo foi decisiva para definição do ‘ser mulher’, mas também para definição dos papéis sociais

atribuídos à mulher em função da sua anatomia. Nesse sentido, o termo “mama” permite pensar que ele funciona como terminologia adequada ao discurso médico, vinculado ao ato de amamentar e que tende a neutralizar o aspecto sexual que carregaria a palavra “peito” comumente usado pelas mulheres (Aureliano, 2009).

O corpo da mulher, tendo sido objeto de representações por tanto tempo, construiu uma base forte no imaginário da sociedade, com estereótipos e significações muito arraigadas. Nesse sentido, quando esse corpo é transformado devido a uma patologia ou alguma alteração fortuita, passando a apresentar-se de outra forma, poderá vir a ser ressignificado pelas pessoas e pela sociedade como todo. Principalmente, se a parte alterada nesse corpo for uma parte representativa de uma identidade como é o caso da mama para as mulheres.

Além disso, no campo da saúde, principalmente, 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. Portanto, 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 (Sá-Serafim, 2013).

Logo, o modo como às representações do corpo foram sendo construídas ao longo tempo pode ocasionar implicações sobre a imagem corporal que cada indivíduo tem de si mesmo. No caso das mulheres que tiveram o seu corpo modificado devido ao câncer de mama também poderá ocorrer modificações nas representações do corpo e, por conseguinte nas representações da imagem corporal, portanto, é preciso compreender as implicações do câncer de mama para a representação do corpo alterado e as consequências na vida sexual do casal que passa pela vivência do câncer de mama.

## 2.2. Corpo acometido pelo câncer de mama e autoimagem

A descoberta de uma doença como o câncer na mama, que afeta a região valorizada da mulher que carrega uma carga simbólica desde a infância, colocará a mulher diante da fragmentação, pois aquela parte em torno da qual foram sendo construídas as representações para a sua sexualidade, a maternidade e a feminilidade não é mais que uma parte e, portanto, dispensável. Nesse sentido, as questões envolvendo corpo, gênero e saúde tornam-se indissociáveis nos estudos sobre mulheres com câncer de mama, uma vez que todo o contexto de significação da doença está profundamente ligado à questão do corpo feminino e da representação social que ele abarca, estando a mama associada à sexualidade, à maternidade e à feminilidade da mulher (Aureliano, 2009).

Como visto até o momento, a mama é, provavelmente, a parte do corpo da mulher mais carregada de simbolismo, pois tem sido considerada como um símbolo de feminilidade, maternidade, atratividade, sexualidade. O fato da mama, como objeto representacional ser carregada de simbolismos, leva a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão pode culminar em diversas implicações, tanto físicas, como psicológicas e sociais (Seara et al., 2012).

No caso do câncer de mama, é possível perceber que, no plano das representações, a mama costuma ser associada a atos prazerosos, não combinando, portanto, com a ideia de ser objeto de uma intervenção médica dolorosa e mutiladora. Do ponto de vista da mulher acometida, a possibilidade de desenvolver uma doença na mama pode comprometer o processo de construção feminina da sua autoimagem e de seu “ser-no-mundo” (Scorsolini-Comin, Antônio dos Santos & Souza, 2009).

Fica claro que o corpo da mulher tem no seio uma de suas principais representações, justamente pela feminilidade que ele representa. Comumente algumas

mulheres que se confrontam com a necessidade de mastectomia radical (retirada total da mama) ou quadrantectomia (retirada parcial da mama), afirmam que preferem morrer a terem os seios extirpados e/ou mutilados. Nesse sentido, percebe-se na consciência corporal do corpo saudável da mulher uma forte representação do seio como um quesito de beleza e normalidade de acordo com as normas estéticas estabelecidas pela sociedade (Angerami, 2013).

Tendo em vista uma maior compreensão acerca do câncer de mama e suas consequências, é necessário compreender o que é o câncer. O câncer é uma doença ocasionada por exacerbadas e incontroláveis divisões de células anormais, as quais dão origem às células-filhas também com alterações morfológicas e funcionais, com capacidade de invadir tecidos e estruturas regionais à distância, ocasionando em alguns casos a morte de alguns indivíduos (Silva, Vasconcelos, Santana, Rodrigues, Leite, Santos et al, 2010).

Desde a Antiguidade o câncer desafia a humanidade ao apresentar-se como uma doença invasiva, com alto risco de morbidade e morte e de causas desconhecidas. A palavra câncer foi criada por Hipócrates, o pai da medicina, que usou no início o termo “Karkinos” para descrever certos tipos de tumores. Existem duas teorias para a origem deste nome: a primeira correlaciona o nome da doença com as dores causadas pela picada do caranguejo, a segunda aponta para a anatomia tumoral que, com seus vasos sanguíneos dilatados, lembram as patas de um caranguejo (Santos et al., 2008).

O diagnóstico de câncer ainda permanece estigmatizante e desperta o medo da morte dessa doença e seu tratamento (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e procedimentos adequados) geram um comprometimento físico, emocional e social (Kappaun & Ferreira, 2008).

A expressão câncer carrega um estigma forte, pois, em geral as pessoas logo o associam com a morte. No caso das mulheres, o câncer de mama ainda é mais temido pelo fato de acometer uma parte valorizada do corpo dessas mulheres e em muitas culturas desempenham, como visto anteriormente, uma função significativa para sua sexualidade e identidade (Silva, Vasconcelos, Santana, Araújo et al, 2012).

Para Angerami (2013) o estigma do câncer é tão forte e arrebatador de emoções dos mais diferentes matizes que por mais que seja citado com outras denominações médicas, ou mesmo científicas, seu espectro de terminalidade sempre estará presente.

Nesse sentido, o impacto desorganizador da enfermidade é sentido desde o primeiro instante com o recebimento do diagnóstico trazendo à tona as representações socioculturais que envolvem o câncer em nossa sociedade, associado quase sempre a uma “sentença de morte” (Aureliano, 2009).

Segundo Ferreira, Farrago, Diniz dos Reis e Funghetto (2011) o câncer de mama faz com que a mulher vivencie três etapas importantes, as quais se sobrepõem: o recebimento do diagnóstico, que é geralmente sentido como algo de natureza negativa; a realização de um tratamento longo e agressivo; e a aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem, cuja alteração poderá ter uma necessidade de aceitação e de convivência com a mesma.

A reação ao diagnóstico de câncer de mama pode causar um impacto que afeta não somente a mulher, mas estendendo-se ao seu âmbito familiar e contexto social, e ainda, limitações na ordem física e emocional. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos invasivos em que o mesmo é relacionado ao término ou diminuição das atividades de lazer, de atividades domésticas e trabalho remunerado. Diante disto, a mudança dos papéis sociais que se dá pela mudança da rotina vivida anteriormente gera uma necessidade constante de adaptação ao tratamento e ao novo estilo de vida, limitado em decorrência da

cirurgia, muitas vezes associada a tratamentos invasivos (Romeiro, Both, Machado, Lawrenz & Castro, 2012). O estigma social produzido em volta da pessoa com câncer acaba circunscrevendo uma série de relações no nível social, haja vista a existência de um amplo imaginário social associado tanto ao processo de adoecimento em geral, quanto do adoecimento por câncer (Scorsolini-Comin, et al., 2009).

O câncer de mama, por vezes, tem como consequência a realização da mastectomia ou outras intervenções cirúrgicas, as quais podem variar de acordo com a extensão da mama que sofre a mutilação, nesses casos, existem cirurgias conservadoras e as intervenções radicais, que resultam na total ablação da mama e músculos correlatos. Após a mastectomia há uma retomada progressiva dos hábitos que organizavam o cotidiano das mulheres anteriormente, pois por vezes, serão momentaneamente ou efetivamente transformados pela doença e seus tratamentos coadjuvantes (Cesnik & Santos, 2012).

Um dos tratamentos de combate ao câncer é a quimioterapia que se refere ao tratamento por meio de substâncias químicas que interferem no funcionamento celular. Esse tratamento consiste num composto de substâncias que, combinadas, atuam no ciclo da célula e na cinética tumoral, levando a apoptose, ou seja, morte celular (David, Wildlin & Gaspar, 2013).

Esse processo de interrupção do desenvolvimento celular impede que a célula cancerígena repasse o material desordenado no momento da divisão celular, atuando de modo, a impedir a proliferação do tumor. Desse modo, a quimioterapia gera diversos efeitos colaterais como: fraqueza, diarreia, alterações no peso, mucosites, queda de cabelos, enjoos, vômitos e vertigem, dentre outros efeitos que vão interferir em várias áreas da vida da pessoa (David et al., 2013).

A mulher frente ao tratamento quimioterápico apresenta respostas que se refletem em medo, depressão, angústia e tristeza, bem como há a interrupção das atividades

podendo ocasionar em ansiedade. Uma vez que a mulher se sentirá dependente de outra pessoa, tanto financeiramente como na realização de algumas atividades rotineiras (Marques & Okazaki, 2012).

Além do tratamento quimioterápico, as mulheres com câncer de mama podem se submeter à radioterapia que é considerada uma terapêutica local que atinge mais especificamente a área delimitada do tumor. No entanto, os tecidos vizinhos da área irradiada podem ser comprometidos, ocasionando efeitos colaterais como: dor, fadiga, alterações cutâneas, mudanças na mobilidade e sensação diferenciada do lado afetado, além de causar perda da autoestima, choque emocional, ansiedade, angústia, medo, sentimento de isolamento e mudanças na rotina (Silva & Gaspar, 2013).

Portanto, é no momento pós-tratamento que surgem mais claramente as repercussões no plano afetivo-sexual e também as dificuldades de adaptação à nova situação de vida, com limitações físicas e restrições de vários tipos, o que acarreta em diversas consequências na vida dessas mulheres (Cesnik & Santos, 2012).

Para Silva et al (2012) a mastectomia é um dos tratamentos a que a maioria das mulheres com câncer são submetidas, esta é uma intervenção temida que interfere no estado físico, emocional e social, derivando na mutilação de uma região do corpo que se relaciona com a libido e o desejo sexual. Além dessa dimensão sexual, as mamas são relacionadas à função da maternidade, pois ao produzirem leite representam o sustento dos primeiros meses de vida de qualquer ser humano. Ao se submeter à mastectomia, as mulheres acabam por perceber com estranheza o seu corpo, pois uma das coisas que a mulher aprendeu durante toda vida sobre a estética corporal é que o corpo feminino é constituído por alguns caracteres secundários, e um deles é representado pelas mamas. (Talhaferro, Lemos & Oliveira, 2007).

Segundo Marques e Okazaki (2012) a mastectomia costuma causar impacto à mulher, pois abala a sua autoestima, quando associada à quimioterapia, esse impacto aumenta em função dos efeitos colaterais recorrentes como, por exemplo, a queda de cabelo.

Ao retomar os relacionamentos sociais, as atividades de lazer, de trabalho e da vida familiar emergem as preocupações das mulheres mastectomizadas em relação ao próprio corpo, pois, nesse momento, geralmente se sentem satisfeitas com o término do tratamento, mas se encontram mental e fisicamente esgotadas pela exposição prolongada aos procedimentos invasivos e dolorosos (Cesnik & Santos, 2012).

No caso do câncer de mama, as relações e ações afetadas pela doença não são passíveis de serem totalmente resolvidas mesmo com a cura, pois a mastectomia é a parte da doença que passa por significar uma interferência definitiva na estrutura corporal que irá redefinir a maneira de atuação e percepção desse corpo (Aureliano, 2009).

Romeiro et al. (2012) vão dizer, que as implicações psicológicas variam de acordo com o tratamento e a fase de adoecimento. As mulheres pós-mastectomia apresentam certas dificuldades no cotidiano e trabalho, alterações emocionais, como depressão, alterações de humor; mudanças de hábitos, como tarefas domésticas que antes faziam e ainda há o estigma do câncer envolvido. Algumas consequências mais frequentes vivenciadas pelas mulheres são: medo da morte, medo da perda do companheiro, medo da mutilação, vergonha e tristeza, há também as modificações na imagem corporal, autoestima e no relacionamento social. Contudo, apesar de todas essas repercussões devastadoras, algumas mulheres possuem expectativas positivas para o futuro, o que facilita a percepção da doença e tipo de enfrentamento sobre o adoecimento e a adesão ao tratamento.

Toda essa experiência do câncer de mama leva a mulher a ressignificar o próprio conceito do que é ‘ser mulher’, das atribuições e representações sobre o corpo feminino, e o que ele representa na constituição da sua relação com as outras pessoas. Em seu íntimo ocorre um movimento de afirmação da continuidade deste ‘ser mulher’ e de negação da sua caracterização através de suas partes anatômicas, simbolicamente constituídas enquanto elementos que caracterizam o feminino. Por meio da perda da parte, o todo é transformado, colocando a mulher mastectomizada diante de um processo contínuo de reconstrução dessa nova identidade, que ainda é mulher, plural e, com todas as suas ambiguidades, demasiadamente humana (Aureliano, 2009).

Os estudos de Talhaferro et al. (2007) mostram que a fala das mulheres no que se refere à alteração na autoimagem corporal revela a insatisfação e a não aceitação da perda da mama. Essa autoimagem atual, de um corpo alterado e estranho, gera sentimentos de autodepreciação e impotência.

Nesse momento, é necessário compreender os conceitos que norteiam os estudos da imagem corporal para um maior entendimento acerca da mudança na autoimagem das mulheres acometidas pelo câncer de mama e pela mastectomia.

A imagem corporal é estudada desde o início do século XX por estudiosos da psicologia, da medicina e da filosofia, os quais buscam explicações para as relações entre os aspectos neurológicos, psicológicos, sociais e experiência corporal e quais implicações podem ocorrer na imagem do corpo de uma pessoa quando esse corpo é acometido por alterações como as ocasionadas por um acidente ou por uma doença grave, a exemplo do câncer de mama (Santos, 2012).

A imagem corporal é um conceito capaz de operar com as três estruturas corporais: estrutura fisiológica, responsável pelas organizações anatomofisiológicas; estrutura libidinal, conjunto das experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos; e

estrutura sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais (Secchi, Camargo e Bertoldo, 2009).

Nesse sentido, a imagem corporal pode ser compreendida como um construto multidimensional e dinâmico, que influencia e é influenciada pelas relações sociais, abrangendo também aspectos fisiológicos e psicológicos (Kappaun & Ferreira, 2008). O desenvolvimento da imagem corporal está ligado à estruturação da identidade no seio de um grupo social, logo, a preocupação com a dimensão corporal, apresentada pelas pessoas que cercam o indivíduo, intervém de modo fundamental na elaboração da sua imagem corporal. Ou seja, as experiências e sensações obtidas em ações e reações às relações sociais também contribuem para a estruturação da imagem corporal (Secchi et al., 2009).

Para Camargo et. al. (2011) há duas dimensões principais que perpassam as imagens corporais: o investimento na imagem corporal (percepção), que reflete o grau de importância comportamental e cognitiva que a pessoa dá ao seu corpo e aparência, e a avaliação da imagem corporal (atitude), que se refere ao grau de satisfação com a aparência e a capacidade funcional do corpo.

No entanto, a imagem corporal envolve, além da percepção e sentidos, as figurações e representações que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas, portanto, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (Santos, 2012).

A percepção do indivíduo sobre sua imagem corporal constitui elemento fundamental para a compreensão das representações subjetivas do corpo. Nesse sentido, a imagem corporal é a representação mental que um indivíduo tem do seu corpo; tal representação integra os níveis físico, emocional e mental em cada ser humano, com respeito à percepção do próprio corpo. A imagem corporal também pode ser entendida

como uma representação mental que os indivíduos têm a respeito do tamanho e da forma do corpo, que se constitui pela influência de fatores históricos, culturais, sociais, individuais e biológicos; e, que, além da percepção, estão implicados na formação da imagem corporal aspectos cognitivos, afetivos e da conduta (Camargo, Goetz, Bousfield & Justo, 2011).

A imagem corporal refere uma linguagem que desvela uma situação e realidade social, econômica, política, cultural, histórica ou existencial, que servirá de auxílio para operações de estereotipia e comparação social. As imagens corporais conduzidas pela mídia exercem influência sobre as representações sociais elaboradas pelas pessoas a respeito do corpo (Sá- Serafim, 2013).

De acordo com Silva e Lange (2010) atualmente, a imagem corporal está sendo difundida de forma estereotipada, e a pessoa que não se enquadra no padrão socialmente imposto sente-se inferiorizada. Desse modo, o julgamento favorável ou desfavorável sobre a imagem corporal é criado por crenças e valores culturais que causam impacto na vida das pessoas.

O corpo está em constante mudança, influenciado pelos ciclos da vida, em que cada pessoa deverá vivenciar algumas alterações, como no caso da mastectomia para as mulheres com câncer de mama, adaptando-se com aceitação. Caso isso não ocorra, o indivíduo sofrerá, por conceber uma imagem corporal real que contraria a “ideal”, no que se refere ao seu mundo interno e externo, quando esse foge aos padrões impostos pela sociedade (Silva & Lange, 2010).

Segundo Camargo et al. (2011) a imagem corporal é um tema que possui uma importância significativa no meio social em que vivemos, nesse sentido, quando somos acometidos por uma enfermidade que afeta o nosso corpo, a relação com o mesmo pode sofrer diversas implicações físicas e psicológicas. Todo o processo de tratamento de um

câncer de mama pode trazer diversas implicações na forma como as pessoas vão se relacionar com seu corpo e como vão encarar as consequências desse tratamento.

Nos dias atuais, há um aumento da importância dada à imagem corporal, por sua vez, na mulher, as mamas são um símbolo corporal da sexualidade por excelência, sendo vistas como um dos principais atrativos sexuais de uma mulher e tendo uma grande conotação de beleza, feminilidade e fertilidade, assim sendo, a amputação deste órgão ou qualquer alteração semelhante poderá levar a uma imagem corporal diminuída. Esse é o caso das mulheres que são diagnosticadas com câncer de mama e têm que se submeterem a retirada total ou parcial da mama (Seara et. al., 2012).

A sexualidade também é um dos aspectos que sofrem grande influência de fatores como a autoestima e esta encontra-se intimamente ligada à autoimagem. O modo como a pessoa se vê e valoriza interfere, efetivamente, na forma como irá exercer a sua sexualidade. Sendo a mama feminina uma zona erógena por excelência, conseqüentemente, fonte de prazer e sendo prática comum estimular mamas durante o ato sexual, a mulher que é diagnosticada com alguma patologia em que uma das conseqüências seja a alteração de seu corpo pode passar por um processo no qual tem que lidar com uma nova imagem corporal, possuindo uma relação nova com o exercer da sua sexualidade (Seara et al., 2012).

As mulheres acometidas pelo câncer de mama passam por alterações em sua autoimagem, por vezes, tendem a perceber e representar seus corpos como mutilados se veem como monstros, anormais e deficientes, elas passam a se ver como se não fossem mais bonitas e perdessem a sua feminilidade. Além disso, o câncer de mama imputa na sua portadora um estigma social, que abala sua imagem corporal, as interações sociais e por vezes o relacionamento com seu parceiro conjugal, pois muitas relatam sofrerem rejeição sexual por parte dos parceiros. (Silva et. al., 2012).

O câncer pode desordenar os valores da sexualidade, bem como expõe de maneira drástica todas as tentativas de se escamoteá-lo, seja por expor a própria finitude humana de maneira irreversível, seja ainda por mostrar que o culto ao corpo de nada adianta diante de seu surgimento (Angerami, 2013).

As mulheres mastectomizadas podem se sentir sexualmente repulsivas, a ponto de chegarem a evitar manter contatos sexuais, das reclamações mais frequentes relatadas destacam-se: o medo de não ser mais atraente sexualmente e a sensação de diminuição da feminilidade (Cesnik & Santos, 2012).

Diante de todas as implicações que o câncer acarreta na vida das mulheres, a sexualidade e o relacionamento íntimo com os parceiros, é um dos fatores que merecem atenção visto que, como observado na discussão teórica até o momento, há uma interrelação entre a representação do corpo, a imagem corporal e o modo as mulheres vivem sua sexualidade. No entanto, esse processo não ocorre apenas com as mulheres, mas com seus parceiros também, podendo acarretar problemas de natureza não apenas psíquica, mas social.

### **2.3. A satisfação sexual no contexto do câncer de mama**

A sexualidade é uma construção social que compreende aspectos biológicos, relacionais, subjetivos e envolve todas as práticas físicas de obtenção de prazer sexual de uma pessoa consigo mesma ou com o outro. Além de integrar a identidade pessoal, atuando através de uma grande diversidade de significados como a adoção de determinados tipos de roupas, maneirismos e estilo de vida (Santos, 2012). Já a sexualidade feminina é um fenômeno complexo e abrangente, envolvendo o sexo, o prazer, o desejo, a

autoimagem, a aceitação do corpo, a sensação de bem estar consigo mesma e com a segurança, além de muitos outros fatores (Talhaferro et. al., 2007).

Os relacionamentos íntimos são aspecto plural da vida adulta e a qualidade dos mesmos tem implicações não só na saúde mental, mas também na saúde física e na vida social de homens e mulheres. Satisfação sexual é, sem dúvida, um conceito subjetivo, implicando em ter as próprias necessidades e desejos satisfeitos, assim como corresponder, em maior ou menor escala, ao que o outro espera, definindo um dar e receber recíproco e espontâneo (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt & Sharlin, 2004).

Os estudos do funcionamento sexual tendem a centrar-se em aspectos de funcionalidade, ou seja, na realização ou efetivação do ato sexual, secundarizando a satisfação sexual com essa realização. O estudo do não funcionamento sexual tem, por sua vez, sobrevalorizado um modelo masculino, embora se reconheça que os homens e as mulheres diferem de forma notória nas respostas fisiológicas, na vivência subjetiva do desejo sexual, e no modo como são estimulados. Além disso, para os homens, como para as mulheres, a satisfação sexual é reconhecidamente um aspecto importante no ato sexual, embora a satisfação tenha sido um resultado primário na apreciação da funcionalidade sexual feminina (Ribeiro & Raimundo, 2005).

Segundo Cesnik e Santos (2012) o câncer de mama produz alterações importantes na imagem corporal e na autoimagem da mulher, que podem afetar suas vivências da sexualidade e sua satisfação sexual. Tais interferências na prática sexual são, muitas vezes, experienciadas a partir de alterações físicas provocadas pelos tratamentos do câncer, como perda da mama, além dos desconfortos físicos como: falta de lubrificação vaginal, dor, fadiga, inibição do orgasmo e ondas de calor decorrentes da terapêutica para o câncer de mama e da menopausa precoce induzida pelo tratamento. Esses autores em seu estudo de revisão da literatura mencionaram estudos com mulheres mastectomizadas em relação a

vivência de sua sexualidade, essas mulheres relataram que os desconfortos físicos justificavam a diminuição do desejo, a excitação sexual e a frequência das relações sexuais, além disso, afirmaram que os problemas de lubrificação vaginal foram mais graves entre as mulheres que receberam quimioterapia do que naquelas que não fizeram tal tratamento. Aproximadamente 50% das mulheres que receberam quimioterapia relataram que o câncer de mama teve um efeito negativo sobre sua vida sexual, diferença estatisticamente significativa em relação aos 18-25% das mulheres que não receberam quimioterapia.

Speer, Hillenberg, Sugrue, Kresge, Decker, Zakalik e Decker (2005) também afirmaram que ao longo dos últimos 20 anos, alguns estudos descobriram que a quimioterapia ou tratamento endócrino tiveram um efeito negativo sobre a vida sexual dos sobreviventes de câncer de mama. Esse aspecto é importante, pois, além das mudanças relacionadas a autoimagem, a ressignificação do corpo transformado, há ainda o aspecto biológico que devido ao tratamento invasivo e agressivo também vai interferir na vida sexual dessas mulheres.

Já os estudos de Sheppard & Sally Ely (2008) com mulheres mastectomizadas e seus parceiros, constataram que a mastectomia é considerada pelas mulheres uma amputação, o que perturba imagem do corpo e oblitera relações sexuais por um período de tempo significativo. Além disso, as mulheres acham extremamente difícil se entregar a uma relação sexual com a cicatriz da mama, e podem perceber erroneamente seus parceiros acreditando que eles se sentirão perturbados devido às mudanças no seu corpo. No entanto, mesmo quando existe uma intensa e satisfatória vida sexual antes da doença, a combinação dos fatores citados anteriormente, decorrentes dos tratamentos contra o câncer de mama, pode desordenar o funcionamento sexual do casal (Cesnik & Santos, 2012).

Diante disso, o cônjuge tem um papel fundamental durante todas as fases do tratamento, sendo igualmente indispensável à interação entre a mulher acometida pelo câncer de mama e seu companheiro durante a reestruturação de sua integridade. Nesse sentido, um diagnóstico de câncer não significa necessariamente que o relacionamento sexual ou a intimidade com o parceiro deve acabar, ao contrário, as relações e a comunicação sobre os pensamentos, os sentimentos e os desejos devem ser incentivados e praticados pelo casal (Talhaferro et. al., 2007).

No estudo de Biffi e Mamede (2004) participaram nove parceiros de mulheres mastectomizadas, os quais relataram dificuldades para oferecer suporte social às parceiras, relacionados à esfera sexual, aos canais de comunicação, à sensação de impotência e inseguranças ao lidar com o diagnóstico e reorganizar as atividades domésticas. Para os parceiros o apoio oferecido por eles é uma obrigação, seja por questões de ordem moral, civil ou religiosa. O distanciamento do casal repercutindo diretamente no relacionamento sexual, também foi expresso pelos parceiros como dificuldades enfrentadas após a mastectomia de suas parceiras.

Os estudos de Kappaun e Ferreira (2008), os quais participaram três mulheres que se submeteram a mastectomia radical, constataram que a relação com o parceiro foi relatada em dois momentos: para e durante a realização do tratamento e nas relações íntimas. No primeiro, os parceiros apresentaram-se como incentivadores, companheiros, apoiando nas necessidades. Porém, quanto à relação sexual, essas mulheres notaram algumas mudanças, como falta de sensibilidade na mama, sentimentos de perda da feminilidade e insegurança diante da reação do parceiro ao ficar nua.

O impacto da doença acomete o companheiro dessas mulheres que, em geral, se surpreendem com tal diagnóstico, visto que por vezes têm a ideia de que as mulheres possuem um melhor autocuidado, principalmente no que concerne a realização de exames

preventivos. Diante disso, os companheiros manifestam desesperança, impotência, inquietude e medo do óbito das esposas, porém possuem a tendência de manter o pensamento positivo em relação às perspectivas prognósticas (Ferreira, et al. 2011).

No estudo de Ferreira et al (2011) participaram três casais, cinco mulheres mastectomizadas e três homens que eram companheiros de mulheres mastectomizadas, nesse estudo os autores notaram que as preocupações dos homens se voltam para as necessidades das mulheres, pois os mesmos sentem a necessidade de demonstrar um apoio constante a elas e acabam exercendo um papel de cuidador, parceiro e confidente. Portanto, o apoio conjugal é extremamente importante para o enfrentamento da doença, pois dessa forma tanto a mulher quanto o homem, podem se ajudar nos momentos de fraqueza e desesperança.

No entanto, os estudos com casais, não têm se debruçado no aspecto da representação do corpo transformado, sabe-se que o corpo é um elemento fundamental para as práticas sexuais, nesse sentido quando o esse elemento está modificado ou alterado por algum motivo, pode haver algumas repercussões. Além disso, pouco se sabe quais representações perpassam o imaginário dos parceiros dessas mulheres mastectomizadas em relação à esse corpo mastectomizado.

A sexualidade é considerada como uma experiência biopsicossocial que não pode ser explicada estudando apenas o biológico ou o hormonal, o interpessoal, ou experiências psicológicas, individualmente. O funcionamento sexual não é um conceito unitário, mas possui diferentes dimensões que são influenciadas por tratamentos médicos, fisiológicos e fatores interpessoais, pessoais e sociais. Além desses fatores há também os psicossociais dentre eles o humor, a qualidade do relacionamento com o parceiro e a imagem corporal que podem influenciar o desempenho sexual de pacientes com câncer de mama (Speer et al., 2005).

Speer et al. (2005) constataram em estudo com mulheres que tiveram o câncer de mama que as que tinham uma imagem negativa do corpo tendem a ser mais insatisfeitas com a sua relação sexual; bem como aquelas que relataram maior dificuldade para resolver problemas, falta de apoio emocional e preocupação mais geral sobre a sua relação com seus parceiros, relataram menor excitação, lubrificação, orgasmo e satisfação sexual. Entretanto, aquelas que relataram uma boa qualidade da relação com seus parceiros relataram também boa satisfação sexual, desse modo, segundo os autores, a comunicação positiva, a capacidade de resolver problemas e os sentimentos positivos das mulheres sobre seus relacionamentos parecem diminuir a probabilidade de disfunção sexual, ser capaz de falar sobre sentimentos e preocupações e ter o sentimento de ser compreendida e amada também é importante.

A adaptação e a recuperação da mulher com câncer da mama estão também relacionadas com a forma como o casal resolve problemas relacionados com a doença ou como discute e negocia eventuais fatores de estresse, ou seja, com as suas estratégias de comunicação. Essa comunicação parece ser benéfica também para o casal na medida em que aumenta a probabilidade da mulher e de seu companheiro se sentirem mais íntimos e próximos emocionalmente. Além disso, esse comportamento facilita o processamento da informação relacionada com a experiência do câncer, possibilitando a mulher atribuir um novo significado à doença e, desse modo, adaptar-se à situação (Moreira & Canavarro, 2014).

Sabe-se que o aparecimento do câncer de mama na vida do casal é algo que modifica a vida dessas pessoas; as variadas dificuldades que os mesmos enfrentam são extensas e traumáticas, no entanto se os dois se mantiverem unidos, o enfrentamento dessa doença é facilitado, uma vez que o suporte emocional dado de um para o outro auxilia em todos os períodos da doença (Ferreira et. al., 2011).

A satisfação sexual como visto até então, é um fator importante na vida das mulheres mastectomizadas, permeado de vários conflitos e implicações. O presente estudo se baseia na teoria das representações sociais para compreender como as mulheres mastectomizadas veem seus próprios corpos e como seus parceiros veem o corpo de suas mulheres, buscando compreender de forma holística as interconexões entre os conceitos trabalhados até o momento, como a imagem corporal e a satisfação sexual. O corpo, entendido como um objeto representacional possui diversas implicações no modo como as pessoas enxergam a si mesmas e se relacionam com o mundo ao seu redor. Nesse sentido uma das implicações é na sexualidade, logo, estudar as representações relacionadas ao corpo mastectomizado e seus impactos na vida sexual é importante para a construção do conhecimento acerca dos fenômenos descritos nesse estudo.

Para tanto teve os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral:** Analisar as representações sociais sobre o corpo da mulher e o corpo da mulher mastectomizada e o nível de sua satisfação sexual das mulheres mastectomizadas e seus parceiros.

**Objetivos Específicos:**

- ✓ Caracterizar o perfil da amostra, com vistas a conhecer o grupo de pertença no qual emergem as representações sociais;
- ✓ Identificar a partir das representações sociais as objetivações e ancoragens acerca do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada;
- ✓ Analisar as representações sociais entre as díades acerca do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada
- ✓ Descrever o nível de satisfação sexual das díades.

Diante disso, o próximo capítulo apresenta o método seguido para elaboração da coleta de dados da pesquisa.

# *Capítulo 3*

## *Método*

---

---

### 3.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, não experimental, de cunho descritivo e baseado na perspectiva multimétodo. Essa abordagem metodológica visou oferecer recursos para entender que significados os participantes deste estudo atribuem ao *corpo da mulher* e ao *corpo da mulher mastectomizada*, bem como em relação a sua satisfação sexual utilizando-se de falas, definições e categorias dos próprios participantes, bem como, a utilização de técnicas de tratamento de dados por meio da estatística descritiva, usando frequências e porcentagens a fim de compreender fatores relacionados ao perfil da amostra estudada.

### 3.2. Local do estudo

O presente estudo teve como lócus de investigação, instituições não governamentais que prestam serviços às mulheres com câncer de mama e que foram submetidas à mastectomia, bem como os domicílios dos participantes. Foi realizado em duas instituições, uma ONG (Organização não governamental) que oferece apoio multidisciplinar e biopsicossocial à pessoas com diagnóstico de neoplasia maligna; e um hospital especializado no tratamento de pacientes oncológicos.

A ONG localiza-se em zona urbana, próximo ao centro de João Pessoa-PB. É uma instituição de direitos privados para fins não lucrativos que tem como objetivo oferecer apoio à população do Estado da Paraíba, de baixa renda, maiores de 18 anos e que foram acometidas por algum tipo de câncer. Já o Hospital, considerado uma entidade filantrópica de utilidade pública Federal, Estadual e Municipal, e por ela é mantido, dirigido e administrado, tem por finalidades: tratar as pessoas com diagnóstico de doenças oncológicas; contribuir para educação sanitária da comunidade, colaborar no

aperfeiçoamento de profissionais e ao meio científico relacionados à assistência em saúde e servir de campo de aprendizado às atividades relacionadas à área médico hospitalar.

Algumas entrevistas também foram realizadas em domicílio, em um ambiente que permitisse a realização das entrevistas sem imprevistos e que cada participante se sentisse à vontade preservando o sigilo. Essas entrevistas foram realizadas através da técnica “bola de neve” que consiste em uma técnica tipicamente utilizada com populações raras, desconhecidas ou que são mais difíceis de contatar do que populações conhecidas. Essa técnica segundo Dewes (2013) pressupõe que há uma ligação entre os membros da população pela característica de interesse, como no caso do nosso estudo o câncer de mama e a mastectomia. O primeiro passo é encontrar as “sementes”, que seriam as pessoas mais acessíveis ao entrevistador, em seguida essas pessoas indicam o contato de outras e assim sucessivamente até atingir o número esperado para a amostra. No caso desse estudo, procuramos através de pessoas conhecidas alguém que conhecesse mulheres que tinham passado pela mastectomia e eram casadas, quando encontramos a primeira “semente”, esta foi passando o contato de outra conhecida e assim sucessivamente.

### **3.3. Participantes**

Participaram do estudo 10 díades (compostas por 10 mulheres mastectomizadas e seus parceiros). Empregou-se amostragem não probabilística e de conveniência, uma vez que atende os requisitos estabelecidos de acordo com as necessidades e os objetivos da pesquisa. Os sujeitos-alvo foram selecionados de acordo com a representatividade de suas características consideradas relevantes da população em estudo (Richardson, 2009).

O  $n$  amostral, ou seja, a quantidade amostral foi estabelecida através do critério de saturação proposto por Sá (1998), que diz respeito à quantidade de atores sociais que devem compor a amostra. Argumenta-se que o critério de saturação ocorre mediante a

repetição de conteúdos representacionais expressos por um número de sujeitos, é a mesma manifestada por uma quantidade maior de sujeito por certo número de pessoas.

Já o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido por Fontanella, Ricas e Turato (2008) como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados.

Utilizou-se como critérios de inclusão mulheres que passaram pelo procedimento de mastectomia há no mínimo 1 ano e que tinham um parceiro fixo que estava junto antes e após o procedimento. Como critérios de exclusão foram utilizados mulheres que não se submeteram a mastectomia ou que tinham realizado a cirurgia há menos de 1 ano, esse tempo mínimo foi escolhido para atender as necessidades da pesquisa, pois considerou-se, com base no conhecimento acerca das condições da mulher submetidas a mastectomia e a quimioterapia, que esse tempo mínimo as mulheres já teriam condições de responder acerca das consequências da mastectomia e na vida sexual. Esses critérios foram baseados na consulta de prontuários das instituições, convite à entrevista para as participantes que desejaram participar do estudo.

### **3.4. Instrumentos e Análise de Dados**

Para a efetivação da coleta de dados utilizou-se os seguintes instrumentos: 1 - Questionário biosociodemográfico; 2 - Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP); 3 - Entrevista semiestruturada e 4- Escala de Satisfação sexual. Para cada instrumento, precedeu-se uma técnica de análise de dados diferenciada e apropriada a finalidade dos objetivos da pesquisa, as quais serão apresentadas junto aos seus respectivos instrumentos, visando facilitar a compreensão do estudo. Tais instrumentos podem ser acessados ao final deste trabalho (Apêndices).

### **3.4.1. Questionário Biossociodemográfico e Análises Descritivas**

O uso do questionário teve como finalidade traçar um perfil dos participantes da pesquisa, para tanto foram coletados os seguintes dados: tempo de cirurgia; tempo de operação da mama; tratamentos realizados; reconstrução mamária; satisfação com a reconstrução; escolaridade; idade; tempo de relação conjugal; estado civil; profissão; filhos e vida sexual ativa (ver Apêndice 1). Para análise de dados utilizou-se Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows 8 – versão PASW- 21.0, empregando estatísticas descritivas através do cálculo de frequências simples e porcentagens.

### **3.4.2. Técnica de Associação Livre de Palavras-TALP e Análise de Conteúdo Temática**

Objetivando-se conhecer e analisar os conteúdos representacionais atribuídos ao corpo da mulher e ao corpo da mulher mastectomizada pelas mulheres mastectomizadas e seus parceiros, utilizou-se a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Originalmente desenvolvida por Jung na prática clínica como teste, teve como objetivo realizar diagnóstico psicológico sobre a estrutura da personalidade do sujeito. Na Psicologia social essa técnica foi adaptada e vem sendo amplamente utilizada nas pesquisas sobre as representações sociais. Diferentemente dos objetivos clínicos de Jung, os pesquisadores em representações sociais visam identificar as dimensões latentes nas RS através da configuração dos elementos que constituem a trama ou rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor (Vieira & Coutinho, 2008).

A TALP possibilita um tipo de investigação livre que se estrutura através da evocação de respostas dadas a partir de um ou mais estímulos indutores. Esses estímulos indutores devem ser previamente definidos em função do objeto a ser pesquisado ou do objeto da representação, levando-se também em consideração as características da amostra ou os sujeitos da pesquisa (Vieira & Coutinho, 2008).

Para coleta dos dados desse estudo foi utilizado a técnica de associação livre de palavras com os estímulos indutores: ‘corpo da mulher’, que foi utilizado com o objetivo de apreender como as mulheres que passaram pela transformação corporal da mastectomia e os parceiros representam o corpo da mulher de modo geral, tendo em vista estabelecer um ponto de comparação entre esse corpo não modificado e o corpo mastectomizado; e ‘corpo da mulher mastectomizada’, objetivando apreender as representações acerca do corpo modificado (ver Apêndice 2).

Utilizou-se a Análise Temática proposta por Bardin (1977) para os dados emergidos do TALP. Esta análise busca estabelecer categorias de representação com as palavras evocadas pelos participantes do estudo. A escolha dessa técnica se dá primeiramente, por esta se aplicar a toda e qualquer comunicação com transferência de significados de um emissor a um receptor. Em segundo lugar, a análise de conteúdo utiliza procedimentos sistemáticos para descrever os conteúdos das mensagens e extrair deles indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos a condições de produção dessas mensagens (Ramalho, Maciel, Medeiros, Souza, Cruz e Nascimento, 2014).

A análise categorial temática se propõe a codificar ou caracterizar um segmento, colocando-o em uma das classes de equivalências determinadas, a partir das significações; permite, também, uma avaliação criteriosa e cuidadosa do material com vistas aos objetivos propostos, uma vez que formas mais diretas e direcionadas de questionamentos podem produzir respostas enviesadas. Além disso, pode servir de ponto de partida para a

geração de novas evidências de pesquisa, servindo também na complementação de outros métodos (Maciel & Melo, 2011).

### **3.4.3. Entrevista Semiestruturada e Análise Lexical (IRAMUTEQ).**

A entrevista semiestruturada foi utilizada com a finalidade de ampliar a análise das representações de mulheres mastectomizadas e seus parceiros acerca do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada e a respeito das implicações da mastectomia na vida íntima dos casais. As questões norteadoras referiam-se ao significado do corpo da mulher mastectomizada; ao modo como as díades enxergavam o corpo da mulher antes e após a cirurgia; quais as implicações na vida sexual do casal; o que significava a satisfação sexual para eles; e, ainda questões como descoberta do câncer de mama e quais as repercussões na vida de modo geral (ver Apêndice 3). As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos.

A entrevista semiestruturada que também é conhecida como semiaberta, é um método de investigação, utilizado quando o pesquisador intenta conhecer como e porque algo ocorre, desejando explorar determinado fenômeno sem impor sua visão de realidade aos participantes. E mostrando-se adequada quando se pretende trabalhar com significados, valores, opiniões, crenças e motivações (Maciel & Melo, 2011).

A entrevista semiestruturada, se assemelha a um roteiro de perguntas, que serve como guia, possibilitando ao pesquisador o alcance dos objetivos traçados. No entanto, não se faz necessário seguir a mesma ordem das perguntas dispostas, o que permite a liberdade de expressão dos sujeitos em suas verbalizações. O que interessa ao entrevistador não é a simples resposta às questões, mas o aprofundamento dos temas emergidos (Medeiros, 2014).

Para análise de dados das entrevistas utilizou-se a Análise Textual no programa IRAMUTEQ, que consiste num tipo específico de análise de dados, que trata da análise de material verbal transcrito, ou seja, de textos produzidos em diferentes condições tais como: textos originalmente escritos, entrevistas, documentos, redações entre outros, fontes usadas tradicionalmente em Ciências Humanas e Sociais. O IRAMUTEQ é um *software* gratuito que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). Ele organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras) (Camargo & Justo, 2013).

Nas análises lexicais clássicas, o programa identifica e reformata as unidades de texto, transformando Unidades de Contexto Iniciais (UCI) em Unidades de Contexto Elementares (UCE); identifica a quantidade de palavras, frequência média e número de *hapax* (palavras com frequência um); pesquisa o vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes (lematização); cria dicionário de formas reduzidas, identifica formas ativas e suplementares. O método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) utilizado pelo programa IRAMUTEQ classifica os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas (palavras já lematizadas). Esta análise visa obter classes de UCE que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente das UCE das outras classes (Camargo & Justo, 2013).

#### **3.4.4. Escala de Satisfação sexual e Análises Descritivas**

Foi aplicada uma escala acerca do nível da satisfação sexual, a qual o respondente marcava de 0 a 10 o quanto ele avaliava o nível de sua satisfação sexual antes da mastectomia e após a mastectomia (ver Apêndice 4). Esta escala foi aplicada com o objetivo de descrever qual o nível de satisfação sexual na opinião das díades, por isso optou-se por realizar estatísticas descritivas como média, desvio padrão e frequências simples, visto que a análise se dá de maneira qualitativa. Para análise de dados utilizou-se Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows 8 – versão PASW-21.0.

#### **3.5. Procedimento**

Inicialmente realizou-se uma visita as instituições solicitando autorização para realização da coleta de dados. A primeira instituição foi a ONG, na qual a coordenadora forneceu os nomes das mulheres que tinham feito a cirurgia de mastectomia para viabilizar nosso contato com elas. Realizou-se o contato com cada mulher solicitando sua participação na pesquisa, marcando horários para as aplicações que ocorreram na própria instituição de forma individual em uma sala reservada com ambiência acolhedora, isolada de estímulos visuais ou auditivos que pudessem interferir no andamento da aplicação dos instrumentos.

Às mulheres casadas ou com parceiro fixo, era solicitado o contato com os parceiros para participação da pesquisa, no entanto os parceiros demonstraram muita dificuldade em querer participar, as mulheres alegavam que eles não gostavam de participar dos eventos da ONG ou eventos relacionados à situação da mastectomia e do câncer de mama. Além disso, alguns parceiros se recusaram a participar, referindo que não

gostavam de dar entrevistas e que não queriam falar no assunto. Dessa forma, passou-se a adotar a técnica bola de neve, descrito anteriormente, com os casais que se disponibilizaram a participar da pesquisa para atingir o número necessário da amostra. Nesse caso, as aplicações foram realizadas no domicílio desses casais, de maneira separada por dois entrevistadores treinados, de modo que não houvesse a possibilidade de interferência nas entrevistas.

Posteriormente, tendo em vista o número ainda reduzido de entrevistas, realizou-se a pesquisa na segunda instituição, o hospital. O contato com as participantes foi possibilitado devido ao grupo de fisioterapia do hospital que realiza grupos especializados para a recuperação das mulheres mastectomizadas, como ocorriam sempre no mesmo dia da semana, as mulheres eram convidadas a participar da pesquisa e posteriormente perguntávamos a elas se os seus parceiros poderiam também participar, quando eles aceitavam realizávamos a coleta na própria instituição. As aplicações dos instrumentos foram realizadas em uma sala reservada no próprio hospital. Após a assinatura do TCLE (ver Anexo1) o primeiro instrumento aplicado foi o TALP, em seguida o questionário biossociodemográfico e por fim a entrevista semiestruturada. Os dados emergidos desses instrumentos foram computados e tratados para a análise. Para a execução deste estudo, foram obedecidas as determinações éticas contempladas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata da ética em pesquisas envolvendo seres humanos.

### **3.6. Aspectos éticos**

A coleta de dados foi iniciada somente após a obtenção do parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba CEP/CCS através do número do Certificado de

Apresentação para Apreciação Ética (CAAE), protocolo nº 0276/14 (ver Anexo 2). Vale salientar 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 tomou-se o cuidado de não realizar a entrevista de maneira mecânica, realizando uma escuta terapêutica, caso fosse necessário, tendo em vista que muitas mulheres se emocionam ao ter que falar sobre o assunto que pode ser psicologicamente muito delicado para elas. Além disso, as participantes foram respeitadas quanto aos seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, além de seus hábitos e costumes.

# *Capítulo 4*

## *Resultados e Discussões*

---

Este capítulo propõe descrever os resultados obtidos a partir dos dados coletados através do Questionário Biosociodemográfico, da Técnica de Associação Livre de Palavras-TALP, da Entrevista Semiestruturada e da Escala de Satisfação sexual. Inicialmente este capítulo apresentará a caracterização da amostra e posteriormente apresentará os resultados e a discussão dos dados obtidos das díades.

#### **4.1. Caracterização da amostra**

A partir da aplicação do questionário foram coletados os dados dos participantes da pesquisa, e pelo qual foi possível criar um perfil biosociodemográfico caracterizando a amostra e obtendo informações acerca do grupo de pertença a qual emerge as representações, sendo tais informações tratadas por meio de procedimentos de estatísticas descritivas, utilizando-se frequências e porcentagens. Com a finalidade de cumprir com o primeiro objetivo específico que visa caracterizar o perfil da amostra desse estudo serão descritos, a seguir, os resultados dos dados coletados através do questionário das díades.

Tabela 1  
 Frequências e porcentagens dos dados biosociodemográficos dos participantes. N=20.

Dados Biosociodemográficos	M	H	F (Total)
<b>Faixa etária*</b>			
29-39	1	2	3
40-50	5	2	7
51-61	3	4	7
62-72	1	2	3
<b>Escolaridade</b>			
Ensino Fundamental	1	1	2
Ensino Médio	3	4	7
Ensino Superior	6	5	11
<b>Exerce atividade remunerada</b>			
Sim	6	9	15
Não	4	1	5
<b>Situação conjugal</b>			
Casado (a)	8	8	16
Mora com companheiro (a)	2	2	4
<b>Tempo de relação conjugal*</b>			
4-14	3	3	6
15-25	1	1	2
26-36	6	6	12
<b>Possui vida sexual ativa</b>			
Sim	10	10	20
Não	-	-	-
<b>Filhos</b>			
Sim	10	9	19
Não	-	1	1
<b>Tempo de cirurgia</b>			
1 ano à 5 anos	6	-	6
6 anos à 10 anos	4	-	4
<b>Reconstrução</b>			
Sim	5	-	5
Não	5	-	5
<b>Satisfação com a reconstrução ou não reconstrução</b>			
Satisfeita	9	-	9
Não satisfeita	1	-	1
<b>Tratamento atual</b>			
Nenhum	5	-	5
Hormonioterapia	4	-	4
Quimioterapia	1	-	1

Nota: \*anos

Primeiramente, faz-se necessário especificar que a amostra em questão corresponde a 20 participantes no total, sendo 10 díades (mulheres mastectomizadas e seus parceiros), dessa forma os dados biosociodemográficos compreendem homens e mulheres, exceto os dados referentes ao tempo de cirurgia, reconstrução, satisfação com reconstrução e tratamento atual.

Conforme os dados apresentados evidenciou-se que a faixa etária dos participantes variou entre 29 anos e 72 anos ( $M= 50$   $DP=11,8$ ), demonstrando uma amostra heterogênea, no entanto, a faixa etária mais representativa da amostra em questão, é a que compreende entre 40 e 61 anos, somando-se 14 pesquisados. Compreende-se uma amostra de adultos de meia idade, esse dado corrobora com outros estudos que traçam o perfil de mulheres mastectomizadas e seus parceiros (Silva, 2010; Silva 2009, Silva, Anjos & Mascarenhas, 2014; Leite, Gonçalves, Amorin & Bubach, 2012, Gradim, 2005).

No caso das mulheres nota-se que a maioria delas (8) se situa na faixa entre 40 e 61 anos, esses dados remete aos dados do Instituto Nacional do Câncer (2014) que afirmam que a idade, assim como em vários outros tipos de câncer, é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam o risco, dessa forma, mulheres mais velhas, sobretudo a partir dos 50 anos, são mais propensas a desenvolver a doença.

O predomínio dessa faixa etária traz a reflexão acerca da preocupação dessas mulheres em realizar o exame das mamas como prevenção do câncer, que, segundo o Ministério da Saúde, é o mais incidente entre as mulheres (Silva et. al., 2010). É necessário incentivar às mulheres a realizarem o autoexame das mamas mensalmente, pois além de proporcionar familiaridade com as mamas, permite que alterações na mama sejam descobertas precocemente. Além disso, devem manter seus exames médicos em dia, como

ultrassonografia, mamografia e exame clínico, que geralmente devem ser realizados anualmente, principalmente após os 40 anos (Tavares, Conceição e Silva, 2011).

No que se refere à escolaridade, nota-se que a maior parte da amostra possui ensino superior, sendo considerada uma mostra com nível alto de escolaridade, no entanto, a amostra ainda abrangeu outros níveis de escolaridade. O nível de escolaridade é importante em relação à busca e alcance de informações a respeito da prevenção e os cuidados acerca do câncer de mama. No que diz respeito à influência de fatores socioeconômicos na adesão a essa prática, alguns estudos em psicologia demonstram que mulheres com maior nível de renda e nível de instrução são as que mais aderem e possuem conhecimento sobre o autoexame das mamas (Duarte & Andrade, 2003).

A maioria dos participantes (15) referiu exercer atividade remunerada, sendo que desses, 9 eram homens e 6 eram mulheres. Como observado na faixa etária predominante deste estudo, a maioria dos participantes possuem mais de 40 anos, portanto, alguns ainda estão em idade ativa, principalmente em relação aos homens que comumente se aposentam após os 65 anos. Dos homens participantes dessa amostra, apenas um não exercia atividade remunerada, os outros possuíam atividades como: motorista, pescador, engenheiro, pastor, funcionário público e comerciante.

Já em relação às mulheres, apenas 4 não exerciam atividade remunerada; as que trabalhavam, possuíam as ocupações: psicóloga, agente de saúde, comerciante, técnica em enfermagem, analista de sistemas e psicóloga jurídica. Sabe-se que a mastectomia pode interferir na retomada da mulher em idade ativa às suas ocupações, devido às limitações físicas e emocionais decorrentes do processo. Segundo Gandini (2010) a mudança de *status* ou perda da identidade ocupacional tem sido apontada como uma das fontes do desequilíbrio de uma pessoa, pois o declínio da qualidade, ou até a impossibilidade de

realização do mesmo, as prováveis disfunções e aposentadoria por invalidez, podem impedir o retorno da pessoa ao nível de adaptação anterior à adversidade.

Além disso, voltar ao trabalho pode ser muito difícil para essas mulheres, devido às consequências físicas e emocionais decorrentes do tratamento, a maioria das mulheres, por vezes, se encontram afastadas devido às complicações do procedimento cirúrgico, dos tratamentos realizados e também por não sentirem condições de retornar às atividades profissionais. Evidencia-se que os principais motivos que causam o afastamento de mulheres do seu emprego são: menor força do braço, menor agilidade e o peso do braço. Não existem restrições quanto à execução de atividades profissionais, porém é necessário que a função do membro superior acometido seja previamente restabelecida. Contudo, o efeito negativo do câncer pode resultar em problemas de ordem psicológica e socioeconômica, interferindo assim na decisão de retorno à prática da atividade laboral (Silva, et. al, 2014).

Em relação à situação conjugal a maioria dos entrevistados (8) são casados civilmente e os outros (2) consideraram sua união como estável. O tempo de relação conjugal dos participantes variou entre 4 e 36 anos ( $M= 24$   $DP=11,6$ ), sendo que a maioria situou-se entre 26 à 36 anos. Esse número evidencia que os participantes mantinham uma relação duradoura, isso se relaciona com a faixa etária dos participantes do estudo. Além disso, o tempo de relação conjugal é um fator importante, pois o casal possui maior conhecimento, intimidade um com o outro o que fortalece seus vínculos. Assim, o casal pode vir a atuar mais facilmente como fonte de suporte social. Com relação a atividade sexual, todos os participantes da amostra referiram possuir vida sexual ativa, esse dado é importante, devido ao interesse da pesquisa em investigar os aspectos relacionados a satisfação sexual antes e após a cirurgia da mastectomia.

O aspecto da sexualidade engloba os sentimentos mais íntimos da individualidade e se relaciona diretamente com o nosso bem-estar, todavia, é um dos fatores alterados na vida das mulheres e de seus parceiros, por isso merece atenção, estudos e intervenções a respeito para melhoria da qualidade de vida dessa população. A doença, geralmente, traz consigo implicações que vão desorganizar o funcionamento sexual das pessoas envolvidas, tais como comprometimento da autoimagem corporal, dor, fadiga, não só pelo impacto do diagnóstico e da mastectomia, mas, também, pelos efeitos adversos relacionados ao tratamento. Além disso, exercer a sexualidade de forma plena e sentir-se atraente é fundamental para a mulher e interfere, inclusive, em sua qualidade de vida, para tanto, exige intimidade, respeito e comunicação entre o casal (Ferreira, et. al., 2011; Sheppard & Sally Ely, 2008).

Em relação aos dados relativos apenas às mulheres, temos que a maior parte da amostra das mulheres da pesquisa realizou a mastectomia entre 1 ano e 5 anos. Além disso, 5 delas não realizaram a reconstrução mamária, no entanto, do total de mulheres 9 ficaram satisfeitas com o procedimento, seja ele a reconstrução ou a não reconstrução, ou seja, apenas com a mastectomia. As mulheres submetidas à mastectomia podem realizar a reconstrução imediata da mama ou efetivar à cirurgia reconstrutora algum tempo depois. A reconstrução também pode ser empregada em mulheres que foram submetidas às cirurgias conservadoras da mama visando corrigir alguma deformidade do seio, quando há a extração de grande parte da mama (Santos & Vieira, 2011).

Segundo Remondes-Costa, Jimenéz e Pais-Ribeiro (2012) mulheres submetidas à mastectomia sem reconstrução apresentam maior morbidade psicossocial, como ansiedade e depressão associadas à autoimagem, autoestima e sexualidade. Já a cirurgia reconstrutiva tem menor impacto na morbidade e na sexualidade.

Em relação à satisfação com a reconstrução, as mulheres relatam que as mamas ficaram parecidas com o que eram antes e que esse resultado proporciona uma maior qualidade de vida, pois podem usar as roupas que estavam acostumadas a usar, bem como se sentem mais confortáveis em relação ao julgamento das outras pessoas.

Quando referem satisfação com a não reconstrução elas justificam que não queriam passar por outro procedimento cirúrgico, ou que devido a idade avançada, não é necessário, pois julgam não possuírem mais vaidade. Num estudo de revisão da literatura Santos e Vieira (2011) constataram que a idade tem sido considerada um fator importante para o ajustamento à aparência alterada pelos tratamentos para o câncer de mama, uma vez que foi observado em alguns estudos que mulheres mais jovens apresentaram maior prejuízo da imagem corporal do que mulheres acima de 50 anos.

Já a não satisfação foi relatado por apenas uma das entrevistadas que não fez a reconstrução e é justificada por ela, devido a falta da mama, que abala sua autoestima ocasionada pela perda do órgão que é relacionado a identidade e imagem feminina. Nesse sentido, mulheres submetidas à mastectomia radical sem reconstrução da mama apresentam maiores índices de insatisfação com a própria imagem corporal, além de descontentamento pelo resultado estético da cirurgia, se comparadas às mulheres que fizeram outros procedimentos cirúrgicos para o câncer de mama (Santos & Vieira, 2011).

Em relação a realização de tratamentos 5 mulheres não estava realizando nenhum tratamento no momento da pesquisa e 4 estavam realizando tratamento de hormonioterapia (modalidade de tratamento terapêutico que interrompe a produção de hormônios ou impede que eles atinjam as células cancerosas). Esse tipo de tratamento pode causar diversas consequências para as mulheres, principalmente em relação ao seu funcionamento sexual, pois pode ocasionar perda da libido, ressecamento vaginal, fadiga, entre outros (Speer et. al, 2005; Sheppard & Sally Elly, 2008).

A partir da presente análise, a qual se reduz ao contexto específico de imersão e vivência destas mulheres e parceiros, pode-se obter informações que permitem caracterizá-los como em sua maioria casais de meia idade, com nível de escolaridade alto, exercendo suas ocupações no mercado de trabalho, possuem vida sexual ativa e possuem relacionamento estável considerado longo; as mulheres apesar de terem realizado a reconstrução ou não, se sentem satisfeitas com o resultado e ainda realizam tratamento hormonal; alguns desses aspectos serão discutidos mais adiante no que concerne a suas implicações no relacionamento sexual do casal. Todavia, ainda torna-se necessário a realização de mais estudos nesse sentido para uma maior compreensão dessa população e a possibilidade de intervenções no campo para melhoria da qualidade de vida.

#### **4.2. Análise de conteúdo dos dados emergidos no TALP das díades para os estímulos ‘corpo da mulher’ e ‘corpo da mulher mastectomizada’.**

A seguir serão apresentados os resultados da análise de conteúdo temática realizada a partir das evocações emergidas no TALP, aplicado com as díades.

##### **4.2.1 Tabela 2 Categorias representacionais do estímulo *Corpo da mulher***

	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Aparência corporal</b>	F= 32 Ex: bonito, pernas, olhos, perfeição	F=42 Ex: bonito, perfeito, gordo, magro
<b>Afetividade</b>	F=7 Ex: amor, bom carinho, maternidade	F=6 Ex: autoestima, identidade, coragem, cuidados
<b>Elementos sexuais</b>	F=11 Ex: sexo, desejo, gostoso, satisfaz	F=1 Ex: sensualidade

Observa-se na Tabela 2 três categorias de representações para o estímulo corpo da mulher, esse estímulo foi utilizado com o objetivo de apreender quais as representações que as mulheres mastectomizadas e seus parceiros possuem acerca do corpo da mulher de modo geral. Para este estímulo observou-se um total de 99 evocações, destas a categoria que mais apresentou evocações foi a **Aparência corporal**, correspondendo a 75% do total de evocações, já a **Afetividade** correspondeu à 13% e os **Elementos sexuais** à 12% do total.

Nota-se que a primeira categoria foi representada pelas objetivações: ‘bonito’, ‘perfeito’, ‘pernas’, ‘gordo’ e ‘magro’, que representam o aspecto visual e icônico do corpo da mulher, possuindo características positivas como a beleza e a perfeição ou características constituidoras como pernas, olhos, rosto e boca. Essa ideia do corpo da mulher da perfeição e beleza é ancorada na construção social do modo de conceber o corpo feminino, bem como no culto ao corpo. Essas representações sociais do corpo da mulher e de sua boa forma aparecem como elementos que reforçam a autoestima e dependem em grande parte da força de vontade: quem quer pode ter um corpo magro, livre de gorduras indesejadas, “belo” e “saudável”. A aparência de um corpo com músculos rígidos indicaria saúde, revelando o poder que a exaltação e exibição do corpo assumiram no mundo contemporâneo. (Siqueira & Faria, 2007).

Reprodutoras, divulgadoras, formadoras de conceitos de corpo saudável, as revistas femininas estampam nas capas, há décadas, “modelos” de mulheres, exemplos a ser seguidos para alcançar um objetivo: o corpo ideal de cada época. Por trás da ideia de corpo, no entanto, ancoram-se vários outros ideais de comportamento, de valores. Os meios de informação, propagadores das representações como a propaganda, tornaram-se, assim, importante forma de divulgação das representações do corpo feminino, que levou ao comportamento denominado de “culto ao corpo”, estimulado pelos meios de comunicação.

As revistas femininas, em especial, mostram tal comportamento recorrentemente, enquadrando no cotidiano e o mantêm presente (Siqueira & Faria, 2007).

Desse modo, as imagens midiáticas do corpo feminino ao serem propagadas de forma estereotipada pelos meios de comunicação formal e informal formam uma padronização do corpo que confirmam o culto ao corpo, na medida em que também apontam um problema no campo da saúde, visto que as mulheres são alcançadas pela impossibilidade de não alcançar o corpo desejado, perfeito e cultuado pelo imaginário midiático (Sá-Serafim, 2013).

Comparando homens e mulheres nessa categoria, podemos observar que as mulheres representaram mais fortemente o corpo da mulher nessa categoria, apesar da diferença entre eles ter sido pequena. Essa diferença pode ser explicada por dois fatores, o primeiro é que as mulheres são o alvo dessa difusão da propaganda do culto ao corpo e em segundo, é que para os homens há outra categoria que evoca representações diante do estímulo corpo da mulher, sendo essa a categoria **Elementos sexuais**.

Na categoria **Elementos sexuais** nota-se mais evidenciado a diferença entre homens e mulheres, na qual para os homens essa categoria recebeu 11 evocações contra apenas 1 das mulheres. Essa categoria apresentou objetivações como: ‘desejo’, ‘sexo’, ‘gostoso’, ‘satisfaz’. Essas objetivações ancoram-se no imaginário relacionado ao corpo da mulher como objeto de desejo ou como símbolo/objeto sexual; o corpo feminino é apresentado pela mídia em geral, de forma cosmetizada, fetichizada, impregnada de conotações eróticas, sedutoras, sexuais, sensoriais e sensuais, por exemplo, em propagandas dirigidas aos homens há o reforçamento da mulher como símbolo sexual ligado a produtos considerados como fonte de desejo ou *status* para os homens; nesses comerciais há sempre a mulher bela, com corpos esculturais ao lado do produto que está sendo comercializado (Souza, Oliveira, Nascimento & Carvalho, 2013).

A ideia da sedução feminina comercializada transformou-se em um processo geral que tende a normatizar o consumo, sendo a beleza, a sensualidade e o erotismo femininos concebidos como estratégias infalíveis para a conquista da atenção do público (Souza, et. al., 2013). Essas estratégias midiáticas, tanto são provenientes de um imaginário já existente e construído ao longo dos séculos em relação ao corpo feminino, bem como reproduzem essas representações através da propagação de mensagens, um dos elementos difusores das representações sociais. Contribuindo para que os receptores das mensagens, por exemplo, as mulheres e os homens, construam representações que legitimem a ideia propagada e passem a emitir essas mesmas representações, calcadas no imaginário criado socialmente.

Já na categoria **Afetividade** ambos os atores sociais objetivaram como: ‘amor’, ‘carinho’, ‘bom’, ‘autoestima’. A frequência de evocações também não diferiu muito, sendo 7 para homens e 6 para mulheres. No entanto, ambos diferem em algumas palavras, podemos perceber que para os homens há a questão do carinho, maternidade e amor, denotando a visão de que os parceiros compreendem as mulheres como cuidadoras, maternais e amorosas, sabe-se que essa é uma das representações construídas ligadas a mulher.

Já pra as mulheres, emergiram questões voltadas para a autoestima, identidade, cuidados. Esse resultado pode ter relação com a construção da ideia da mulher como feminina e maternal e com o câncer de mama que provoca uma série de mudanças na vida das mulheres, interferindo no sentimento em relação a si mesmo e na percepção da vida, geralmente relacionadas com insatisfação e não aceitação da perda da mama; emergem sentimentos contraditórios de esperança na cura e medo de recidiva, de enfrentar a mutilação imposta pela mastectomia, associadas a preocupações com a feminilidade e com

as reações do companheiro frente à mastectomia, o que pode acarretar em uma baixa autoestima (Salles, Cecílio, Pereira, & Maia, 2012).

Essas representações relacionadas ao corpo da mulher reforçam o que se têm na literatura e foi construído ao longo do desenvolvimento da sociedade a cerca do corpo da mulher, considerado como maternal e ligado à reprodução, aos cuidados com a prole e também como um corpo desejável, objetificado e normatizado, relacionado a padrões exigentes de beleza física e estereótipos de perfeição, magreza e corpo escultural. E, principalmente, remetem a uma representação de que o corpo da mulher perfeito e bom é um corpo saudável, que deve estar livre de qualquer defeito ou doença, fazendo com que aquela mulher, simbolicamente, se torne menos feminina ou menos capaz de exercer de suas funções.

Quando esse corpo feminino passa por uma modificação devido a algum procedimento que retira parte desse corpo ocasionado ou não por doença, vai haver uma modificação também na forma como os outros e a própria pessoa afetada, representa esse corpo, que já não é mais perfeito, saudável ou belo. Isso é o que ocorre com as mulheres mastectomizadas e compreender as subjetividades e as representações que elas mesmas elaboram e seus parceiros, que são o outro mais próximo e significativo dessas mulheres, é de extrema importância para compreensão das vivências e as repercussões que essas representações podem gerar na vida dessas mulheres. Para tanto, a análise a seguir apresenta as representações desse corpo da mulher mastectomizada.

4.2.2 Tabela 3: Categorias representacionais do estímulo ‘**Corpo da mulher mastectomizada**’.

	Homens	Mulheres
<b>Aparência corporal</b>	F= 21 Ex: mesma coisa, falta, diferente	F=22 Ex: falta, mutilação, vergonha, reconstrução
<b>Afetividade</b>	F=24 Ex: pena, tristeza, difícil, preconceito	F=26 Ex: aceitação, difícil, mudança, medo
<b>Elementos sexuais</b>	F=2 Ex: sexo, desejo	F=0

Na Tabela 3 observa-se as categorias de representações para o estímulo corpo da mulher mastectomizada. Esse estímulo recebeu um total de 95 evocações, que se dividiram nas categorias: **Aparência corporal** que representou um total de 43 evocações correspondendo a 45% do total; **Afetividade** apresentando 50 evocações correspondendo a 52% do total, e os **Elementos sexuais**, que só apareceram para os homens correspondendo à 3% do total.

A categoria mais representativa do estímulo ‘Corpo da mulher mastectomizada’, é a de **Afetividade**, tanto para homens e para mulheres, sendo objetivada pelas palavras: ‘pena’, ‘difícil’, ‘tristeza’, ‘preconceito’, ‘aceitação’, ‘mudança’, entre outras. Essas palavras denotam que o estímulo apresentado reporta às representações de cunho afetivo, ligado a sentimentos como tristeza e aceitação.

Percebe-se nessa categoria que o corpo da mulher mastectomizada foi objetivado de forma mais negativa em relação às representações acerca do corpo da mulher (Tabela 2), aqui se percebe que a afetividade é ligada as questões voltadas para a penalização, esse

corpo passa a ser representado como um corpo que sofre, um corpo rejeitado e alvo de preconceito, que precisa ser aceito devido a mudança que ocorreu, que no caso é retirada da mama. Esses sentimentos contribuem no comprometimento da autoimagem dessas mulheres, principalmente, relacionado a visão negativa que elas tem em relação a si mesmas, tendo em vista que na elaboração das representações objeto e sujeito não se dissociam.

As mulheres mastectomizadas ao evocarem representações acerca do corpo mastectomizado, não estão de fora, mas se confundem com o objeto representado, repleto de subjetividades que atravessam todas as repercussões de ser o sujeito/objeto desse corpo marcado.

No entanto, uma vez que a mulher passa a aceitar seu diagnóstico e o tratamento, ela ainda terá que lidar com a aceitação dos outros em relação a seu estado de saúde e ao seu corpo modificado. Assim, a possível não aceitação dos outros ou o julgamento e o preconceito são motivos de constrangimento para as mulheres mastectomizadas, o que dificulta o enfrentamento desta vivência (Ibiapina, Maia, Silva, Fernandes, Costa-Filho & Fernandes, 2015).

Além disso, como resultado do preconceito sofrido, elas sentem-se constrangidas pela falta de uma ou de ambas as mamas, porque a amputação de uma parte do corpo conduz a um estilo de vida diferenciado dos padrões estéticos adotados pela sociedade contemporânea (Canieles, Muniz, Meincke, Amestoy & Soares, 2015).

A segunda categoria que mais representou esse estímulo foi a **Aparência corporal**, composta por palavras como: ‘mutilação’, ‘falta’, ‘vergonha’, ‘reconstrução’ e ‘diferente’. Aqui nota-se a carga mais negativa dada a categoria através das palavras evocadas em relação à mesma categoria para o estímulo ‘corpo da mulher’ (Tabela 2), demonstrando

que o corpo mastectomizado tanto para homens como para mulheres possui uma carga imaginária negativa, estereotipada e relacionada à perda da mama.

Todavia, as evocações vão diferir um pouco, em termos de significados entre os casais, os homens representam como, ‘diferente’, ‘falta’ e ‘mesma coisa’ e há algumas palavras positivas como bonito, eles consideram que há mudanças, no entanto, para eles continua a mesma coisa, a mesma mulher e representam como bonita, pois procuram vê-las como um todo. Uma vez que convive direta e intimamente com a mulher mastectomizada, os sentimentos e experiências vividas pelos parceiros podem servir de base para estabelecimento de estratégias de suporte para as mulheres e suas famílias nesse processo. O fato e as sensações vistas por quem assiste e acompanha a mulher é diferente dos apresentados por quem passa pelo problema (Salles et. al., 2012).

As mulheres representam mais negativamente com objetivações como ‘vergonha’, ‘falta’, ‘mutilação’, isso porque as mulheres são atingidas diretamente pela transformação em seus corpos, o que pode acarretar uma alteração na imagem corporal. A perda da mama se traduz em sentimentos de acanhamento, inferioridade, vergonha, inibição e baixa autoestima. A mulher mastectomizada passa a se sentir incapaz de atuar como mulher perante seu lugar de pertencimento social, sua família e parceiro, uma vez que se sente mutilada e inapta para viver a sua individualidade e estigmatizada pela diferença marcada em seu corpo (Salles, et. al., 2012).

A iconicidade atribuída ao corpo mastectomizado tem objetivado-se na imagem figurativa de corpos marcados pelo diagnóstico e tratamento do câncer de mama. O estudo de Sá-Serafim (2013) com mulheres mastectomizadas aponta que os grafismos, resultantes da análise do desenho-história apresentam-se associados à enunciados como defeituoso, mutilado, costurado, diferente que denotam o aspecto da assimetria corporal, que se ancora na ideia de estigmatização.

Sabe-se que os seios compõem a estética feminina e a retirada da mama, em geral, provoca na mulher um sentimento de mutilação e um abalo na imagem corporal. A mama é o símbolo da feminilidade e, ao longo dos séculos, tomaram uma conotação de beleza e sedução, logo, mulheres que apresentam deformidades ou ausência da mama experimentam sentimentos difíceis até mesmo de serem expressos (Silva, et. al., 2010).

Os estudos com casais de Ferreira et. al (2011), corroboram com os resultados encontrados, segundo eles houve um consenso entre os homens, os quais verbalizaram que não houve alterações com a retirada da mama, visto que o importante era a manutenção da vida da companheira, já para as mulheres, os sentimentos mais frequentes inerentes a esse momento foram de mutilação, constrangimento e preconceito.

A retirada da mama frequentemente gera uma repercussão negativa para a mulher, principalmente no que se refere à sua autoimagem corporal, implicando também em comportamentos de exclusão e auto-isolamento devido à tristeza pela mutilação, vergonha e receio do preconceito das outras pessoas, quanto à retirada do órgão (Ferreira, et al., 2011).

Já a terceira categoria **Elementos sexuais**, apenas os homens evocaram para essa categoria, enquanto as mulheres não representaram o corpo mastectomizado como algo sexual ou sensual. Nota-se também, que em comparação a Tabela 2, essa mesma categoria recebeu mais evocações tanto para homens como para mulheres, ressaltando a diferença no imaginário desses atores sociais entre um corpo da mulher considerado saudável ou dentro do padrão para o um corpo que foi transformado, como é o caso da mastectomia que como outros estudos apontam afetam o relacionamento sexual do casal. Além disso, essa diferença se deve ao fato da construção histórica da representação do corpo da mulher e toda a significação atribuída a essa imagem, de um corpo que deve perfeito (Aureliano, 2009).

De modo geral, observou-se que há diferenças entre as representações do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizadas, tanto para homens quanto para as mulheres. O corpo da mulher foi objetivado pela díade como perfeito, bonito e sexual, essas representações são ancoradas no imaginário social construído acerca do corpo da mulher como sensual, feminino e perfeito, livre de defeitos. Já o corpo da mulher mastectomizada foi objetivado como falta, feio, mutilado, triste e alvo de preconceito, essas representações são ancoradas também na ideia de culto ao corpo, além disso, esse corpo foi portador de uma doença historicamente estigmatizada que é o câncer. Desse modo os emissores dessas representações se ancoram na exclusão e estigmatização de um corpo marcado e diferente.

Entre homens e mulheres percebeu-se que o corpo da mulher tem um significado mais sexual para os homens, já o corpo da mulher mastectomizada não obteve quase nenhuma representação voltada para o aspecto sexual, para as mulheres o corpo da mulher ainda foi considerado como sensual, já o corpo mastectomizado não obteve nenhuma representação nesse sentido, demonstrando que para o casal relacionar o aspecto sexual com a palavra mastectomia não está de pronto em seu imaginário, além disso, há o fato de que a mastectomia remete a diversos outros conteúdos mais latentes e ligados ao aspecto afetivo, devido ao impacto que a doença causa na vida do casal.

A técnica de associação livre de palavras nos permite evocar os conteúdos latentes e obscuros que são acessados de pronto no imaginário das pessoas. No entanto, a entrevista proporciona uma maior amplitude de significações e explicações dadas pelas pessoas em relação aos mais variados temas, por isso a seguir serão apresentados os resultados das entrevistas com as díades, nas quais obteve-se um maior aprofundamento nas questões relativas as representações acerca do corpo mastectomizado e suas implicações.

### **4.3. Análise lexical IRAMUTEQ da Entrevista semiestruturada das díades**

Com o objetivo de aprofundar a investigação acerca das representações do corpo mastectomizado, as repercussões na vida íntima das díades, bem como identificar as vivências relacionadas ao processo da mastectomia e do câncer de mama, realizou-se uma entrevista semiestruturada, pois através das falas desses atores sociais podemos apreender com mais profundidade suas vivências, sentimentos e emoções.

A seguir serão descritos os resultados das análises de dados textuais originados das entrevistas com as díades. O conteúdo resultante da análise realizada pelo software IRAMUTEQ empregada no corpus chamado “RS Mastectomia” encontrou 306 segmentos de textos sendo 242 (79.08%) deles analisáveis e considerados na classificação hierárquica descendente (CHD). Os segmentos de texto foram compostos por 10676 palavras que ocorreram 944 em uma média de 3,32 vezes cada; a CHD dividiu o corpus em 6 classes. A seguir, pode ser observado o dendograma formulado pelo IRAMUTEQ, contento a organização dessas classes distribuídas em dois eixos, sendo expressas as palavras com o qui-quadrado que obtiveram maior frequência, como pode ser visto a seguir:

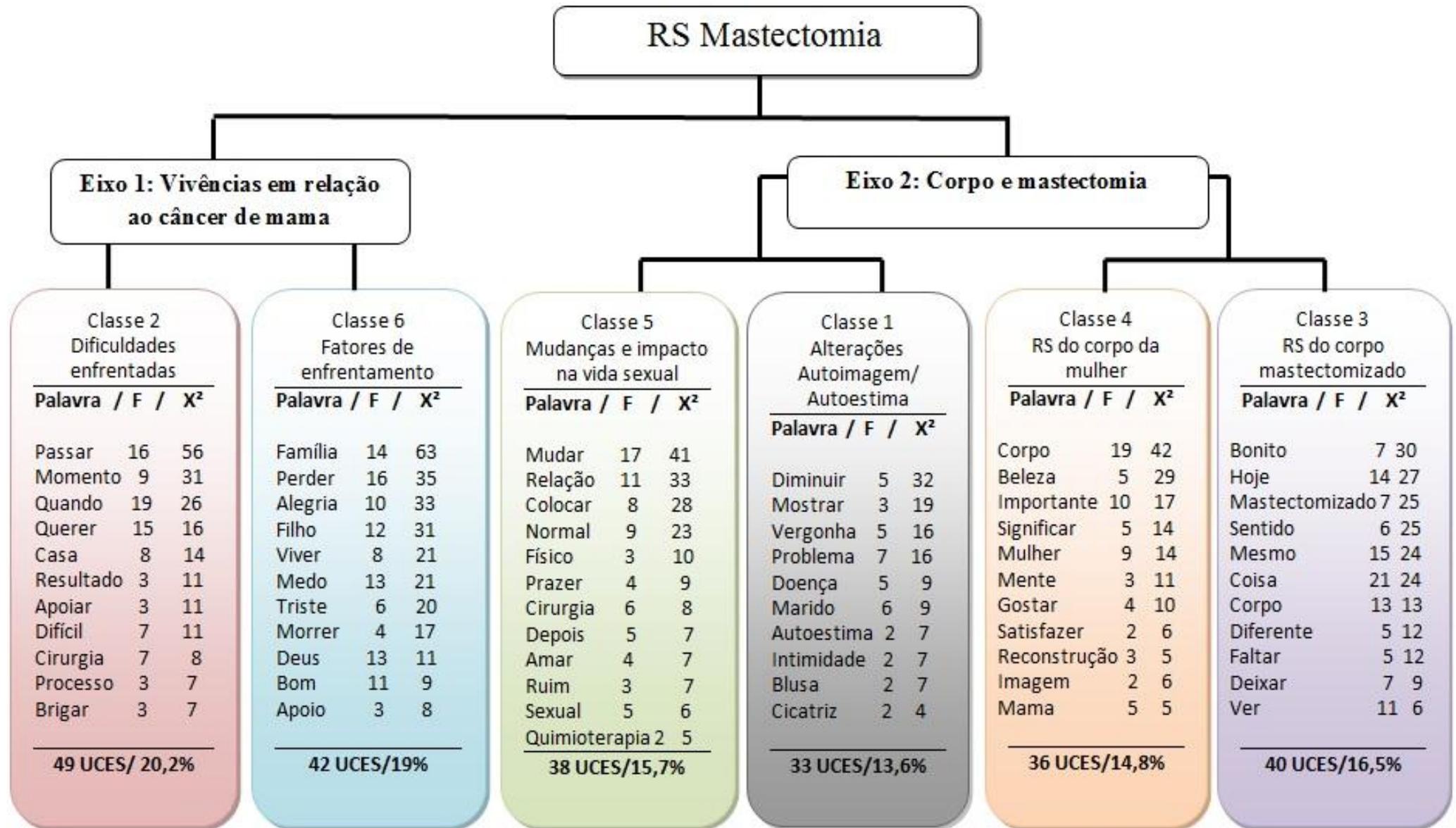


Figura 1: Classificação hierárquica descendente das díades.

Observando a Figura 1, percebe-se que o corpus sofreu duas partições a partir do processamento do programa computacional, denominadas de “eixos”. A primeira partição do corpus é composta pelas classes 2 e 6, denominado de **Eixo 1 – Vivências em relação ao câncer de mama-** o qual remete ao processo vivenciado pela díade, incluindo as dificuldades enfrentadas no percurso, desde o diagnóstico até as consequências da cirurgia e do tratamento, bem como os aspectos emocionais, sociais e psicológicos decorrentes e o enfrentamento e apoio social necessário para vivenciar esse processo. O outro eixo foi denominado de **Eixo 2 – Corpo e mastectomia-** que contempla as mudanças nas representações das díades em relação ao corpo da mulher, decorrentes da transformação no corpo mastectomizado e as consequências na autoimagem e autoestima, principalmente das mulheres, bem como os impactos na vida íntima e sexual do casal, este eixo foi subdividido nas classes: 5 e 1 e 4 e 3.

O Eixo 1 foi representado pelas classes: a classe 2 chamada de **Dificuldades enfrentadas** foi formada por 49 UCE, contendo 242 palavras, significando 20,2% e a classe 6 categorizada como **Fatores de enfrentamento**, com 42 UCE de 242 representando 19% do total do corpus. Já o Eixo 2 sofreu duas repartições, uma composta pelas classes 5 e 1: a classe 5 que foi denominada de **Mudanças e impacto na vida sexual**, conteve 38 UCE de 242 palavras, contabilizando 15,7% do corpus e a classe 1 denominada **Alterações Autoimagem/autoestima**, compreendeu 33 UCE, com 242 palavras analisadas e representou 13,6 % do corpus. A outra repartição foi composta pelas classes 3 e 4: a classe 3 foi categorizada como **RS do corpo mastectomizado**, com 40 UCE e 242 palavras, contabilizou 16,5% e a classe 4 foi nomeada de – **RS do corpo da mulher**, conteve 36 UCE e 242 palavras, expressando 14,8% do corpus.

## **Eixo 1 – Vivências em relação ao câncer de mama**

### **Classe 2- Dificuldades enfrentadas**

Os relatos dessa classe remetem as dificuldades enfrentadas ao longo do processo do adoecer, do câncer de mama, desde a descoberta da doença até a cirurgia e os tratamentos, sendo frequentes palavras como: *passar, querer, momento, resultado, difícil, processo, cirurgia*; destacando, através desses termos, as adversidades vivenciadas no processo, tanto pelas mulheres quanto por seus parceiros. As variáveis descritivas mais significativas foram: exerciam atividade remunerada, estado civil em união estável, tempo de relação de 4 à 14 anos e faixa etária de 29 à 39 anos, satisfação sexual antes: 9 e satisfação sexual depois: 5 e as mulheres realizavam tratamento hormonal.

Uma das dificuldades enfrentadas além da perda da mama, ou de parte dela, são as consequências dos tratamentos complementares que podem determinar outras perdas de cunho físico, tais como a perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, o que pode tornar o sentimento de identidade da mulher ainda mais vulnerável (Ferreira et. al., 2011). A alopecia é uma das consequências mais difíceis enfrentadas pelas mulheres, como visto na fala abaixo:

Cai aos pouquinhos (cabelo) e quando a gente menos espera a gente pensa que é de organismo para organismo tem gente que diz isso e então você vai nessa esperança e quando você pega no cabelo e vem aquele monte de cabelo na sua mão é desesperador foi um dos momentos mais difíceis (Díade 1 - mulher).

Em estudo com casais Ferreira et. al. (2011) observaram que as mulheres deram ênfase à queda do cabelo como o momento mais significativo de perda, mas também ressaltaram a impossibilidade de continuar trabalhando e a perda da vaidade.

O comportamento social das mulheres com câncer de mama também é considerado uma das dificuldades enfrentadas após a mastectomia, gerando restrições na vida social, pois tendem a deixar seus empregos, restringir suas atividades domésticas e sociais, fatos que contribuem para acelerar o comportamento depressivo e o isolamento social, uma vez que passam a se sentir inúteis devido algumas limitações ocasionadas pela mastectomia (Ferreira et. al.,2011). Esse sentimento pode ser representado pela fala a seguir:

Porque ser merecedora disso? fazem 28 anos que trabalho no hospital quando é um procedimento que não faço fico revoltada, não posso dar banho no leito ajudar um idoso a se levantar sabe da um sentimento de inválida, de invalidez, é difícil!  
(Díade 2 – mulher).

Para os parceiros há também as dificuldades encontradas, sendo manifestadas de outras formas, eles relatam sofrerem o impacto do diagnóstico, gerando um abalo emocional. A família quando recebe o diagnóstico sofre o impacto da realidade do câncer e a ideia de terminalidade passa a pairar sobre todos o que gera medo e preocupação (Romeiro et. al., 2012). O parceiro a seguir relata esse impacto:

Ela (parceira) me ligou e deu a notícia que ia ter que fazer todo o tratamento de novo, uma nova cirurgia que seria agora a mastectomia radical, aquilo me deu uma abalada grande e vim a viagem todinha chorando pedindo a Deus (Díade 7 – homem).

Há ainda as alterações decorrentes do tratamento quimioterápico, como já visto, há a perda do cabelo, dores, dificuldades de mobilidade e algumas mulheres passam a engordar, além do aspecto emocional e psicológico, bem como as alterações de humor, decorrentes de todo o processo de assimilação, aceitação e enfrentamento da doença.

Só engordou mais um pouco acho que por causa das medicações e teve um tempo que ela (parceira) era muito estressada, mas parou mais agora eu acho que ela me entende mais a gente procurou mais se entender um com o outro (Díade 1-homem).

Todas essas dificuldades enfrentadas pelas díades modificam suas vidas, além de terem que enfrentar uma doença difícil como o câncer, há todas as novidades que lhes serão apresentadas; nomenclaturas médicas, procedimentos, medicamentos e tratamentos, que por sua vez vão alterar fisicamente e emocionalmente as mulheres e, ainda, seus parceiros. Para isso, é necessário que os envolvidos no processo busquem estratégias de enfrentamento para superarem todas as adversidades.

#### **Classe 6 -Fatores de enfrentamento**

Obtiveram maior expressividade nesta classe as palavras: *família, perder, alegria, filho, viver, medo, Deus, apoio*, onde denotam os fatores que contribuem e auxiliam o enfrentamento da doença e todas as suas repercussões, os quais foram descritos como a presença da família como apoio e motivador para enfrentar o câncer, bem como para os parceiros; além do fator da espiritualidade que também auxilia no enfrentamento e aceitação da doença. A variável descritiva mais significativa foi exercer atividade remunerada, que também é um dos fatores que ajudam a mulher na recuperação.

O suporte social é considerado um fenômeno interpessoal expressado por meio de cuidados, da reafirmação de confiança e do mérito pessoal do indivíduo. É baseado nos laços sociais que se estabelece entre as pessoas na interação social e ressalta os laços de confiança e cuidado (Biffi & Mamede, 2004). A família, os amigos, os cônjuges, são fontes de suporte social, e quando uma pessoa é acometida por uma doença ou procedimento como a mastectomia esse suporte se torna fundamental na recuperação e enfrentamento: “O processo que você vive é extremamente doloroso para a família toda então quando você vive esse processo doloroso, você percebe na família um suporte” (Díade 7-mulher).

Além das pessoas, os grupos sociais e religiosos também podem ser fonte de suporte social. As pessoas, de um modo geral, possuem a tendência de buscar respostas para os acontecimentos da vida em algo divino, num ser maior e mais poderoso que é Deus (Ferreira, et. al., 2011), isto pode ser visto na fala “Quem me levantou primeiro foi Deus e segundo a família do meu marido quando eu estava com alopecia” (Díade 2-mulher). Dessa forma elas se sentem mais amparadas e confortadas, e para as mulheres mastectomizadas não é diferente, o suporte emocional conquistado através da crença é um fator fundamental de recuperação.

Eu acho que eu aceitei isso também, passei a ter dó de quem não tem Deus para enfrentar isso (...) minha alegria é ver os filhos criados viver esse tempinho com meu esposo é uma alegria de viver isso, os netos pulando, correndo e ver tanta coisa que já vivi como se fosse o prazer do dever cumprido (Díade 4-mulher).

Os parceiros se tornam também um suporte social importante nesse processo, pois além de vivenciarem com suas parceiras, eles precisam ser fonte de apoio tanto emocional,

como físico no exercício das atividades domésticas. A mulher tende a encontrar no marido um aliado e um ponto de equilíbrio e quando esse apoio não ocorre, a mulher se sente mais fragilizada e sem a base sólida que espera do relacionamento conjugal. (Ferreira et. al., 2011). A doença proporciona reavaliar sentimentos e atitudes vivenciadas na relação conjugal e a recuperação da mulher fica relacionada à maneira como o companheiro lida com a situação.

É nessa hora que era para a mulher ter o apoio do parceiro eu achei muito triste de ver outros maridos deixando as mulheres, meu conselho é que nenhum marido deixe sua mulher, porque tudo isso passa (Díade 4 –homem).

Estudar a relação do homem com a vivência do câncer de suas esposas é notoriamente importante, pois esses homens, muitas vezes, são os cuidadores principais destas mulheres e se esses não possuírem uma maneira de enfrentamento adequado para essa situação, podem vir a adoecer juntamente com suas companheiras. Para que este companheiro também seja auxiliado é necessário que os profissionais da saúde conheçam seus sentimentos e saibam como ajudá-los (Salles et. al., 2012). Os próprios parceiros ressaltam a importância de um apoio, principalmente psicológico, para enfrentar o processo doloroso do câncer:

Se houvesse um diálogo, um grupo, para que as pessoas possam entender melhor que não é uma anormalidade seria bom, porque se você não tiver uma estrutura legal, não tiver a raiz boa, sólida de família você acaba se perdendo (Díade 7-homem).

Além disso, existe um tempo diferente para que o homem e a mulher compreendam o impacto emocional após a cirurgia, geralmente o homem sofre este impacto durante ou imediatamente após a cirurgia, enquanto que o impacto à mulher pode levar um ano ou mais após a cirurgia. Isso poderá dificultar o entendimento do parceiro quanto aos aspectos adaptativos da mulher, aos efeitos do tratamento, pois sua esposa ainda está lidando com o trauma, provavelmente já resolvido por ele há meses (Biffi & Mamede, 2004).

Os fatores de enfrentamento são ferramentas fundamentais na recuperação da mulher mastectomizada, os profissionais de saúde também devem ser fonte de suporte social, no atendimento a essas pessoas no exercício de suas funções nos serviços de atendimento. Desse modo, o profissional de saúde deve ter conhecimentos desses fatores e sua importância, para elaborar grupos de discussão e outras estratégias que acrescentem esse conhecimento no auxílio a essas mulheres e seus parceiros.

## **Eixo 2 – Corpo e mastectomia**

### **Classe 1- Alterações Autoimagem/autoestima**

Obtiveram maior expressividade nesta classe as palavras: *diminuir, mostrar, vergonha, problema, autoestima, marido* onde denotam as alterações vivenciadas pelas mulheres e percebidas pelos parceiros, na autoimagem e na autoestima decorrentes da cirurgia de mastectomia. As variáveis descritivas mais significativas compreenderam: faixa etária 51 à 61 anos, escolaridade ensino superior e tempo de relação de 26 à 36 anos.

Uma das primeiras grandes dificuldades a serem enfrentada pelas mulheres, após a mastectomia, é autoaceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade. A identificação da

mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, é um momento agressivo à sua autoimagem (Ibiapina et. al., 2015). Além disso, a mastectomia costuma causar impacto à mulher, pois abala a sua autoestima, uma vez que infringe diretamente sua autoimagem (Ferreira et. al. 2011). As falas a seguir exemplificam esse impacto:

Eu ajeito o cabelo e tudo, mas assim eu não continuo a mesma coisa porque a autoestima diminui, mas é como eu falei é difícil (...) Eu sinto vergonha porque tem uma mama normal e a outra pequena e tem a cicatriz na hora do ato sexual não me inibe, mas eu fico pensando na minha cabeça que para ele (parceiro) é difícil (Díade 1-mulher).

As falas das mulheres nos remete a questão de como o corpo está representado no olhar construído do outro que é (ou era) também o olhar delas sobre si mesmas. Dessa forma, quando as mulheres se deparam com esse olhar no momento de revelar o corpo intimamente em sua totalidade, qual seja, nas relações sexuais e em situações de maior exposição, tal como ir praia (Aureliano, 2009). Esse aspecto pode ser observado na fala: “Às vezes bate aquele sentimento de tristeza e de inveja porque todo mundo tem (mama) e eu não tenho. Eu não vou para piscina, não uso biquíni” (Díade 2 - mulher).

Além disso, os parceiros também percebem esse receio das mulheres ao se mostrarem nos momentos mais íntimos, como visto na fala: “Ela fica mais assim, quer esconder, fica de blusinha para não mostrar a cicatriz. Eu acho que por ela colocar uma blusinha já mostra o receio, quando tem a intimidade ela fica com vergonha, eu acho” (Díade 8-homem).

A imagem corporal é fortemente influenciada pelas percepções dos outros, pois é desenvolvida por meio de comparações internas e com os outros e com ideais culturais, dessa forma quando a beleza física do corpo de uma mulher é comprometida por uma doença como o câncer de mama ou tratamento invasivo como a mastectomia, pode alterar essa imagem corporal, a identidade feminina e o autoconceito, na medida em que eles se baseiam na sua atratividade física (Sheppard & Sally Elly, 2008). Uma dessas alterações que o tratamento pode também ocasionar é em relação ao peso, pois algumas mulheres engordam: “Externamente preferia estar com 10 quilos a menos e com o peito normal, uma pessoa normal como qualquer outra” (Díade 5-mulher).

A percepção do outro, como visto, influencia no modo como as mulheres enxergam a si mesmas, nesse sentido quando o parceiro é um apoiador e não demonstra reações contrárias a imagem corporal atual da mulher, facilita o modo como as mulheres vão ressignificar sua autoimagem. As falas a seguir demonstram isso: “Ainda hoje ela (parceira) tem certa vergonha da mama mastectomizada, às vezes ela tenta esconder e eu digo: minha filha isso não é problema deixe de besteira com isso, ela ainda quer esconder a mama” (Díade 10-homem) e “Ela ainda não colocou o mamilo e isso foi uma opção minha porque ter que fazer mais uma cirurgia para isso é ruim, então eu digo por mim não tem problema e realmente não teve nenhuma alteração” (Díade 7-homem).

Essas alterações na autoimagem acarretam em diversas implicações na vida dessas mulheres, no modo como se relacionam com os outros, em suas atividades cotidianas e também na sua vida sexual, pois a aparência física e a autoimagem estão muito relacionadas com exercer plenamente a sexualidade, o desejo e a ideia de ser atraente (Sheppard & Sally Elly, 2008). Segundo Ibiapina, et. al. (2015) o significado e a importância que a pessoa ou o outro atribui à modificação de uma parte do corpo, pode também interferir no seu comportamento sexual.

## **Classe 5- Mudanças e impacto na vida sexual**

Esta classe corresponde às mudanças vivenciadas, tanto físicas quanto emocionais, pelo tratamento do câncer de mama e pela cirurgia da mastectomia, bem como o impacto e as repercussões na vida íntima e sexual das díades; sendo frequentes palavras como: *mudar, relação, colocar, prazer, físico, normal, depois, cirurgia*; destacando através desses termos as alterações decorrentes do processo do câncer de mama na vida sexual e conjugal. A variável descritiva mais significativa foi: não exerciam atividade remunerada.

A mastectomia é uma cirurgia invasiva que retira parte do corpo da mulher, o que perturba a imagem corporal e oblitera relações sexuais por um período de tempo significativo. As mulheres tendem a achar difícil realizar o ato sexual com naturalidade com a cicatriz da mama ou com a aparência que a cirurgia deixa, e podem perceber erroneamente seus parceiros achando que eles vão rejeitá-las ou achá-las feias com aquela mama transformada ou com sua ausência (Sheppard & Sally Elly, 2008). Estas preocupações e receios podem ser observados nas falas a seguir:

“Tenho vergonha dele ainda só isso (...) eu mudei bastante não é mais como era não mudou para pior” (Díade 3-mulher); “Eu acho que a mastectomia influencia para os 2 porque antes eu era mais vaidosa vivia na praia tinha a marquinha do biquíni acho que essas coisas sensualizam a relação agora eu não vou mais à praia” (Díade 1-mulher) e “Eu acho que no início eu tinha vergonha, mas depois ficou normal, ele (parceiro) é muito bom é um palhaço que Deus deu a mim” (Díade 2-mulher).

Esta última fala denota a importância do parceiro como apoiador também no aspecto sexual, para desinibição e naturalização do sexo para a mulher. Outro aspecto que

pode impactar no relacionamento íntimo e na satisfação sexual do casal são as consequências orgânicas do tratamento e físicas da cirurgia, como a alteração da libido, falta de excitação sexual, a diminuição da lubrificação vaginal, as dores durante a penetração, a anorgasmia, bem como as dores decorrentes da cirurgia, que limitam as posições sexuais que as mulheres podem realizar na hora do ato sexual. Essas limitações orgânicas são referenciadas largamente na literatura (Sheppard & Sally Elly, 2008; Santos & Vieira, 2011; Cesnik & Santos, 2011; Speer et. al., 2005). As falas a seguir demonstram esses impactos:

“Na minha vida íntima o que mudou foram as limitações físicas que a gente tem só, porque meu marido não mudou nada antes da cirurgia e depois” (Díade 6-mulher) e “ Satisfação sexual significa muito mais hoje dar prazer ao meu marido, porque assim eu gosto do toque do carinho, mas só de saber que vai ter a penetração eu travo de medo, mas a gente tem um relacionamento muito bom” (Díade 7-mulher).

Os homens também percebem essas alterações e procuram compreender, inventando e realizando novas formas de obter e proporcionar satisfação sexual com suas parceiras. Esse apoio e compreensão dos parceiros é muito importante para que as mulheres não se sintam pressionadas ainda mais com a situação e não se sintam rejeitadas ou menos atraídas. A fala do parceiro a seguir refere essa compreensão:

Mudou no físico (orgânico) dela, a pessoa perde mais a vontade de fazer sexo, fica mais resguardada, mas a gente tem que compreender (...) mudou no desejo ela fica

com problema assim se sente menos atraída, mas para o homem muda muito não depende de cada um, tem que apoiar e compreender (Díade 9-homem).

Para alguns homens pode haver diferença, no entanto, o modo como vão lidar com a mastectomia e as consequências do tratamento estão correlacionados com o relacionamento conjugal de maneira mais ampla. Quando a relação conjugal está mais equilibrada o casal tende a enfrentar com mais facilidade do que quando há algum desequilíbrio preexistente entre o casal. A fala a seguir demonstra isso: “Eu tentava colocar na minha cabeça que ela estava normal, não é bom, eu não botava na cabeça que ela tinha retirado aquele seio tem que vê ela como se ela tivesse normal” (Díade 1-homem). Nessa fala observa-se que o parceiro afirma que não é bom ver aquele seio transformado e através da análise da entrevista como um todo percebeu-se que o relacionamento entre o casal não estava equilibrado o que ocasionava em discursos mais negativos, tanto do parceiro quanto da parceira que se sentia mais rejeitada e menos atraente.

Entretanto, casais que demonstraram um vínculo mais forte, os parceiros referiam que o impacto na vida íntima foi insignificante, ou que não havia mudado nada: “Não mudou nada se eu não amasse ela já ia colocar defeito, mas eu amo muito mesmo de verdade ela é uma pessoa maravilhosa” (Díade 2-homem). Eles referem também que quando há amor na relação essa parte da satisfação sexual é complementada e não fica relacionada apenas com a perda do órgão, então o amor e o companheirismo funcionam como um fator de enfrentamento: “Não no físico não mudou porque eu gosto dela eu a amo e acho que esse amor que faz transcender isso eu noto que ela sente um pouco, mas eu procuro compensar” (Díade 8-homem) e para as mulheres também: “Para mim a relação sexual não é só o sexo em si é todo um conjunto de coisas é a intimidade o companheirismo” (Díade 5-mulher).

Percebe-se pelo conjunto das falas que pode haver mudanças na vida sexual devido a mastectomia e seus tratamentos. Devido a alteração na autoimagem, as mulheres tendem a sentir-se mais inibidas o que pode afetar a satisfação sexual delas e de seus parceiros, além do fator orgânico que é mais difícil de enfrentar. No entanto, eles referem que o amor, companheirismo e o diálogo ajudam a superar essas mudanças e fazer com que eles consigam superar e ter uma vida sexual satisfatória.

#### **Classe 4- RS do corpo da mulher**

Esta classe expressa as representações das díades referentes ao corpo da mulher e foi representado pelas palavras: *corpo, importante, beleza, mulher, significar, satisfazer, reconstrução*, os quais denotam as significações referentes ao corpo da mulher de modo geral. As variáveis descritivas mais significativas dessa classe foram: insatisfação com a reconstrução, satisfação sexual depois: 7 e escolaridade ensino fundamental.

As alterações na autoimagem podem estar ligadas ao modo como as mulheres representam seus corpos, por isso precisa-se compreender quais são essas representações. Sabe-se que as mamas possuem as representações da feminilidade corporal, sendo símbolo da estética feminina, de sua sensualidade e sexualidade, do amor compartilhado com seu cônjuge, da amamentação e das manifestações de afeto entre mãe-filho e da identidade da mulher (Salles, et. al, 2012). Quando essa parte do corpo, valorizado socialmente, sofre alguma alteração, modifica o modo como as mulheres se enxergam passando a compreender o corpo como uma deficiência, como visto nas falas:

“O corpo é perfeito, o corpo da mulher, o corpo sem a mama é uma deficiência e é assim que eu vejo o meu é uma deficiência que eu tenho” (Díade 6-mulher); “O

corpo é a vida, Deus fez assim, mas falta alguma coisa, foi tirado um pedaço eu não uso a palavra mutilação, mas foi tirado uma parte. A mama é um órgão importante da mulher então por isso fica faltando” (Díade 10-mulher).

A ideia do corpo da mulher como bonito, perfeito e saudável é muito discutido na literatura, essas representações são fruto de toda uma construção midiática em torno desse corpo, bem como é ligado às funções da mulher na sociedade (Aureliano, 2009). As falas a seguir expressam essa representação: “O corpo significa vida, é saúde e, por exemplo, beleza, bonito na minha experiência ela fez a reconstrução, então para mim não mudou muito” (Díade 8-homem) e “A beleza da mulher o corpo é a perfeição de Deus e a beleza influencia no casal, no desejo, no respeito” (Díade 9-homem).

No entanto, como falamos de um corpo alterado, os casais não dissociam o corpo da mulher do corpo da mulher mastectomizada. Os cônjuges, principalmente, tendem a se sensibilizarem com a vivência das esposas, temerosos com quais reações e sentimentos eles encontrarão nas companheiras. Eles têm receio de que elas se sintam tristes e menos femininas, pois têm conhecimento da representatividade da mama (Salles, et. al.,2012). A fala a seguir deixa claro essa preocupação e compreensão:

Para as mulheres não é fácil e para os esposos também não, então é importante que elas tenham um parceiro que a ame porque quando a gente casa não casa com um corpo casa com a pessoa (Díade 8-homem).

Essa última frase é bem expressiva e deixa uma importante reflexão acerca da relação do corpo com a vida conjugal e sexual. O corpo da mulher tem sido traduzido e exposto extensivamente nos meios midiáticos, trazendo uma ideia implícita ou explícita de

que esse corpo é fundamental nas relações, no entanto há diversos outros fatores que devem ser tidos como fundamentais em uma relação que não apenas o corpo, pois esse também adocece e se transforma. Essa compreensão deve ser compartilhada por todos, principalmente para aqueles que sofrem ou já sofreram um processo como a mastectomia. Esses resultados corroboraram com o que foi apresentado no TALP para o estímulo ‘corpo da mulher’.

### **Classe 3- RS do corpo mastectomizado**

A classe 3 corresponde as expressões referentes a representação do corpo mastectomizado evocado pelas díades, sendo representado pelas palavras: *bonito, hoje, mastectomizado, sentido, mesmo, coisa, diferente, faltar*. Essa classe ressalta as significações relativas ao corpo transformado, bem como os sentimentos experienciados pelas díades.

A mama simboliza a feminilidade da mulher e é cheio de representações para a mulher, pois além de ser objeto de desejo e satisfação sexual, também é caracterizado como um dos primeiros laços de estreitamento mãe e filho, e independente da faixa etária na qual a mulher se encontra, quando desenvolve o câncer, ocorre o conflito emocional entre o real e o simbólico (Ferreira, et. al., 2011). As mulheres passam a representar seus corpos como multilados e referem muito à falta desse órgão, e a uma falta simbólica, pois além da parte física retirada há também o simbolismo daquela parte: “Fica assim faltando alguma coisa de mim é a falta de alguma coisa” (Díade 3- mulher).

Entretanto, com o passar do tempo, as mulheres passam a assimilar e se adaptar as consequências da cirurgia e aprendem a conviver com a falta da mama, bem como lutam

para aceitar o corpo transformado e para ressignificar esse corpo dando uma nova perspectiva à sua nova condição (Ferreira, et. al. 2011).

Essa aceitação vai acontecendo com o tempo a medida que as mulheres entram em contato com outras pessoas que já vivenciaram a situação, ou quando são apoiadas pela família, pelo parceiro e por uma equipe profissional que auxilie e apoie essas mulheres nessa fase. As falas a seguir exemplificam essa ressignificação: “O corpo mastectomizado é sem muita importância hoje, eu vejo que esse corte tem que aceitar e deixar, no início a falta era muito forte, mas hoje em dia significa ter mais aceitação” (Díade 4-mulher) e “Significa a minha expressão de vida a minha identidade o corpo mastectomizado é a mesma coisa não tive problema nenhum não continua do mesmo jeito até mais bonito” (Díade7-mulher).

Antagonicamente ao que significa a mastectomia para as mulheres, os homens valorizam muito mais a estabilidade emocional de sua parceira do que o lado estético. Reconhecem que o procedimento deixa vestígios e cicatrizes importantes para a vida do casal, porém a visão que têm sobre a falta da mama, difere da concepção, por vezes negativa, concebida pelas mulheres. Diante da ausência da mama, a maioria dos parceiros consegue enxergar, de modo positivo, o restabelecimento da saúde como mais importante para a cura (Salles et. al., 2012). Essa perspectiva pode ser observada nas falas a seguir: “Eu vejo a mesma coisa, para mim quando a pessoa gosta vai até o final da vida” (Díade 3-homem); “Para mim ela não mudou nada está mais bonita mais linda hoje em dia” (Díade 6-homem).

Os parceiros relatam que observaram a diferença em relação ao corpo de suas companheiras, mas não demonstraram rejeição e tentaram agir normalmente em sua vida sexual e cotidiana, fazendo o possível para vivenciar a relação com mesma qualidade vivida antes da doença, para eles havia a diferença, a mudança, mas não era considerado

suficiente para atrapalhar a relação, esses resultados corrobora com os estudos de Salles et.al (2012) com parceiros de mulheres mastectomizadas. As falas observadas abaixo, explicam essa situação:

“A reconstrução deixa assim uma coisa parecida, mas não é totalmente igual e fica aquele quadro dolorido, ela fica sentida com aquela aparência, mas para mim não alterou nada” (Díade 5-homem). “Na minha mente no meu comportamento eu não ia deixar que isso influenciasse na nossa vida não, anteriormente era mais bonito né. A mama o seio é uma parte fundamental da mulher do indumentário dela, da beleza, é como uma dentadura, um cabelo, é a vitrine da mulher, minha esposa a princípio ficou abalada, mas para mim não mudou” (Díade10-homem).

De modo geral, percebe-se que o processo da mastectomia perpassa por diversos questionamentos e traz à tona vivências que podem abalar a vida do casal, pois há desde o recebimento do diagnóstico da doença que remete à terminalidade, as informações acerca dos procedimentos cirúrgicos, invasivos e mutiladores, o tratamento, as medicações até o processo de recuperação e volta às atividades. Além disso, ainda há todo o sofrimento físico e o aspecto emocional, que envolve a reelaboração de uma autoimagem, da autoestima e da sexualidade. Como visto nas falas dos participantes, apesar do sucesso que têm alcançado em enfrentar todas as implicações da mastectomia, eles ainda referem que há alterações no aspecto sexual, diante disso o ponto a seguir apresentará um comparativo entre o casal em relação ao nível de sua satisfação sexual antes e após a cirurgia da mastectomia.

#### 4.4. Nível de Satisfação Sexual das díades

Foi aplicada uma escala de satisfação sexual correspondendo ao nível de satisfação sexual antes da cirurgia de mastectomia e depois da cirurgia de mastectomia. A escala foi de 0 a 10, na qual 0 corresponde a satisfação sexual péssima e 10 a satisfação sexual ótima.

Tabela 4: Nível de satisfação sexual antes e depois da cirurgia

Itens	Satisfação sexual antes					Satisfação sexual depois						
	7	8	9	10	M	4	5	7	8	9	10	M
<b>Homens</b>	1	-	3	6	<b>9,4</b>	1	2	1	-	3	3	<b>7,8</b>
<b>Mulheres</b>	-	2	2	6	<b>9,4</b>	-	3	2	3	-	2	<b>7,3</b>

As classificações de 7, 8, 9 e 10 foram as que registraram maior frequência, para a satisfação sexual antes da cirurgia, indicando que os participantes da amostra classificam a sua satisfação sexual antes da cirurgia entre boa a ótima. Já a satisfação sexual depois obteve um maior espectro de classificações, variando entre 4, 5, 7, 8, 9 e 10, indicando que a satisfação sexual depois da cirurgia foi relatada com um decréscimo para alguns casais.

Em relação à média de satisfação sexual antes da cirurgia, para ambos os sexos, foi de 9,4 com desvio padrão de 0,51. Já a média de satisfação sexual depois da cirurgia foi de 7,5 e desvio padrão de 2,08. Todavia, a média de satisfação sexual depois da cirurgia para as mulheres foi um pouco menor em relação aos homens como visto na Tabela 4.

O câncer de mama afeta imagem do corpo de uma mulher e sentimentos de sexualidade, esta é profundamente integrada à constituição da experiência humana,

abrangendo os sentimentos mais íntimos de individualidade. Ela existe em todas as interações e contextos, e relaciona-se diretamente com o nosso bem-estar e a experiência de nós mesmos como seres sexuais. Assim, torna-se claro que a sexualidade não é um conceito que pode ser considerado separado da saúde; pois é de fato fundamental para o bem-estar e formação do autoconceito das pessoas (Sheppard & Sally Ely, 2008).

Embora os casais tenham aceitado e aprendido a lidar com o tempo com as dificuldades enfrentadas em relação a mudança na vida sexual, alguns deles referem uma diminuição na satisfação, seja pelo fator hormonal em que há uma diminuição da libido da parceira, seja pelo fator da alteração da imagem corporal que leva as mulheres a sentirem-se menos atraída, feminina, o que leva a uma inibição no ato sexual. Bem como, para os parceiros há um receio de tocar na mama, de machucar, e mesmo de ter alguma reação que leve a mulher a se sentir menos atraída ou desejada; desse modo, eles passam a se preocupar mais com elas, buscando dar apoio.

De modo geral, o que se observa é que há uma piora na avaliação de algumas díades acerca do nível de satisfação sexual após a mastectomia, tanto por mulheres como por homens. Esse decréscimo pode se dar por diversos fatores, como foi discutido até o momento; as mulheres referem perdas das suas funções orgânicas devido aos tratamentos realizados, a autoimagem alterada, a ideia de que os parceiros as rejeitaram ou de que não são mais atraentes sexualmente, entre outros.

Alguns estudos corroboram com esses achados como o de Santos et. al. (2008) que procurou avaliar a satisfação da relação sexual antes e depois do câncer de mama e afirma que após a incidência da doença, as mulheres que relataram que as relações eram monótonas, notaram uma diminuição da procura do companheiro por sexo e, por conseguinte, da frequência das relações, além disso, as participantes afirmaram que antes da doença o relacionamento sexual com o companheiro era muito bom, com as relações

sendo satisfatórias e ocorrendo com frequência. No entanto, após a doença, observaram a dificuldade para se excitar, sendo necessário mais tempo nas preliminares.

Percebe-se, ainda, que na literatura não existe um padrão de reações do parceiro na retomada da vida sexual após o câncer e a mastectomia, alguns deles se afastam e outros tornam-se ainda mais carinhosos e atenciosos para com as parceiras. Muitas mulheres temem a não aceitação pelo parceiro de sua nova condição o que pode dever-se à associação feita por tais mulheres entre sexualidade e genitalidade, o que as leva a pensar que a ausência das mamas tende a provocar necessariamente um distanciamento do companheiro; outro aspecto relativo às modificações afetivo-sexuais em decorrência do câncer é o efeito da doença e do tratamento sobre a sexualidade da mulher (Santos, et. al.,2008).

Speer et. al. (2005) em seu estudo com mulheres mastectomizadas, no qual foram comparadas mulheres com câncer de mama, mulheres com disfunção sexual e mulheres da população geral, as participantes com câncer de mama apresentaram escores significativamente piores em todas as áreas do funcionamento sexual (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor) em comparação com o grupo controle normal, porém apresentaram um melhor funcionamento do que o apresentado pelas mulheres com disfunção sexual em todas as áreas, exceto desejo sexual e dor.

Além dos fatores físicos citados anteriormente, há ainda o fato da imagem corporal abalada das mulheres interferir no modo como o casal se relaciona sexualmente. Nos estudos de Sheppard e Sally Elly (2008) constataram que há um prejuízo sexual nos casais devido a dificuldade de enfrentar a situação do câncer de mama; alguns casais acabam a chegar à separação, pois alguns parceiros não conseguem enfrentar a situação, mas em contrapartida há também o prejuízo da satisfação sexual porque as mulheres percebem indevidamente seus parceiros, acreditando que eles estão desinteressados e irão rejeitá-las

devido a aparência corporal e assim elas acabam por afastar-se emocionalmente e sexualmente.

Quando algo, como uma doença como o câncer de mama juntamente com a realização da mastectomia, impõe a possibilidade de uma interrupção ou modificação do relacionamento sexual, a relação conjugal é abalada e muitas vezes se configura em motivo de separação. Tal fato ocorre porque muitas mulheres sentem vergonha do próprio corpo ou temem que o marido perca a atração por sua companheira. Porém, nem sempre a perda da sexualidade implica necessariamente na perda do amor e companheirismo por parte do casal (Ferreira et. al. 2011). E esse companheirismo, como visto na análise das entrevistas, auxilia como fator de enfrentamento e criação de estratégias, para superar as adversidades da mastectomia e suas possíveis implicações na satisfação sexual.

Nesse sentido, torna-se evidente a importância do apoio do parceiro de forma integral para o enfrentamento da doença e recuperação da mulher neste momento. Muitas vezes se torna difícil manter um relacionamento em uma situação de temor, sofrimento e reelaboração do corpo que muitas vezes é imposta pela mastectomia, que requer reestruturação relacional, familiar, paciência e dedicação frente a uma sociedade que valoriza a estética. A reação do parceiro está diretamente associada ao restabelecimento, à recuperação da identidade corporal e sexual, assim a importância do apoio à mulher com câncer de mama tem sido observada na literatura, pois mulheres com companheiros apresentam melhora nas suas emoções e no relacionamento interpessoal (Ferreira, et. al., 2011).

Como visto a imagem corporal e a sexualidade são claramente centrais para a identidade, o autoconceito e as relações íntimas, e, todos estes aspectos são severamente comprometidos durante a mastectomia e o câncer de mama. A sociedade e os sistemas de atendimento à essas pessoas acometidas precisam melhorar a compreensão da experiência

do câncer de mama e sua relação com a sexualidade e as formas eficazes de prestação de apoio; dessa forma o impacto da doença e suas consequências podem ser reduzidos (Sheppard & Sally Elly, 2008).

Outro ponto a destacar é o fato de que a representação da imagem corporal possui ligação com representações acerca do corpo, a relação entre as representações negativas relacionadas ao corpo da mulher mastectomizada é mais evidente nas mulheres do que nos parceiros, pois elas são diretamente afetadas pela modificação e são o alvo das representações do corpo da mulher como perfeito e saudável. Essas representações influenciam a autoimagem e por sua vez podem influenciar na avaliação da satisfação sexual, pois alteram seus comportamentos, como visto, as mulheres sentem receio em mostrar-se com o corpo modificado para seus parceiros, pois acreditam não serem mais desejáveis.

Já para os homens há também uma mudança em sua satisfação, mas qualitativamente diferente, pois suas representações relacionadas ao corpo da mulher mastectomizada são mais voltadas para o cuidado, para a proteção daquele corpo, que agora é mais frágil, o que pode inibi-los também no ato sexual, bem como a reação de suas parceiras também inibe a plena entrega ao ato sexual, podendo acarretar nesse decréscimo de sua satisfação.

Todavia, apesar da mudança, ainda pode-se considerar que a satisfação sexual dos casais de modo geral, é considerada boa, pois como visto nas entrevistas, o casal busca meios e estratégias para enfrentarem juntos as adversidades impostas pelo processo da mastectomia, dessa forma, o apoio, o diálogo e a busca pela informação contribui para o sucesso do enfrentamento e recuperação das mulheres para que possam ter uma vida repleta de qualidade e saúde, tanto física quanto mental.

#### 4.5. Consolidando os resultados

A seguir, faz-se necessário realizar um apanhado dos resultados para facilitar a compreensão e articular todos os dados encontrados contrapondo com os objetivos apresentados no início deste trabalho.

O objetivo geral desse trabalho foi conhecer as representações sociais acerca do corpo da mulher, do corpo mastectomizado e o nível de satisfação sexual das mulheres mastectomizadas e de seus parceiros. Como objetivos específicos: caracterizar o perfil da amostra da qual emergem as representações sociais; identificar as ancoragens e as objetivações dessas representações; comparar as representações sociais da díade e entre a díade acerca do corpo da mulher e do corpo da mulher mastectomizada e descrever o nível de satisfação sexual das díades.

Partindo do estudo empírico, percebeu-se que para as RS do corpo da mulher os homens apresentam maiores representações associadas a aparência corporal e aos elementos sexuais, já as mulheres representam o corpo da mulher associadas mais a aparência corporal e a afetividade do que aos elementos sexuais. Já em relação ao corpo da mulher mastectomizada, as representações foram mais negativas para ambos os casais em comparação ao estímulo anterior, no entanto a afetividade foi a mais representativa para ambos, diferindo no conteúdo das palavras; para as mulheres as palavras eram relacionadas a aspectos mais voltados para autoestima, identidade e os homens, relacionado ao cuidado. De modo geral, observou-se que as representações sociais acerca do corpo da mulher é objetivado como perfeito, bonito, magro, ou seja, um corpo ideal, considerado dentro do padrão. Já o corpo mastectomizado foi objetivado como falta, diferente, mutilação, vergonha, reconstrução, ou seja, carregado de representações negativas.

Para os homens as representações que possuem acerca do corpo mastectomizado como um corpo que deve ser cuidado pode influenciar no modo como se comportarão

diante do ato sexual, pois podem ter medo de machucar ou de ferir os sentimentos das suas parceiras. No entanto, percebeu-se que para os homens, o corpo mastectomizado não apresenta grandes diferenças em relação ao corpo anterior de suas parceiras, para eles esse aspecto é mais facilmente superado do que para as mulheres que são diretamente atingidas pelos problemas. Dessa forma, os parceiros tendem a se demonstrar mais cooperativos, companheiros e buscam dar apoio às suas parceiras, inclusive no exercer de sua sexualidade.

Em relação ao nível de satisfação sexual das díades, observou-se que antes da cirurgia a satisfação era considerada ótima, já após a cirurgia houve um declínio para alguns participantes, tendo sido considerada como boa satisfação. Esse decréscimo se dá por dois fatores principais; a alteração na autoimagem das mulheres, percebidas através da análise da entrevista, e devido às alterações orgânicas decorrentes do tratamento. É importante destacar que a satisfação sexual não é dada individualmente, dado que o ato sexual é realizado em conjunto pelos dois atores da situação e as atitudes de um podem influenciar no desejo do outro. Nesse caso, quando as mulheres mostram-se mais inibidas os parceiros ficam receosos de confrontá-las ou exigirem delas o que elas não estão preparadas.

Todavia, o decréscimo na satisfação sexual para alguns casais foi pequeno, podendo ser justificado pelos fatores: companheirismo, afeto e funcionamento relacional do casal, pois através das falas, observou-se que os parceiros dessa amostra foram fortes apoiadores e ofereceram suporte para as suas companheiras, o que facilita o enfrentamento a todo o processo do câncer de mama.

Além disso, através do TALP, da entrevista semiestruturada e da escala de satisfação sexual, percebeu-se que as representações sociais afetam a representação da autoimagem das mulheres e por sua vez, interfere no modo como exercem sua sexualidade,

pois as mulheres passam a se sentir menos atraentes e acreditam que seus parceiros às perceberão como menos femininas, e passam a sentir vergonha e a inibir-se durante o ato sexual, afetando sua satisfação sexual, que inclusive foi demonstrado que após a cirurgia consideraram como menor do que os homens, mesmo sendo muito pequena a diferença (7,8 para os homens e 7,3 para as mulheres).

Esse estudo demonstrou, em linhas gerais, que mesmo diante de um processo doloroso que é o câncer de mama e a mastectomia, quando o casal busca oferecer suporte um ao outro, baseado em uma relação de confiança, afeto e carinho, as implicações decorrentes dos tratamentos podem ser superadas mais facilmente e o processo de ressignificação do corpo modificado, passa a ser mais efetiva para ambos.

# *Capítulo 5*

## *Considerações finais*

---

---

A presente pesquisa procurou gerar conhecimentos que permitam ampliar o entendimento sobre a forma como as mulheres mastectomizadas enxergam a si mesmas após um tratamento cirúrgico como a mastectomia, bem como seus parceiros as enxergam e como ambos lidam com essas mudanças. Conhecendo ainda, o modo como avaliam sua sexualidade e quais as repercussões da mastectomia e do tratamento do câncer de mama, não só na satisfação sexual, mas em suas vivências.

No enfrentamento da doença e dos tratamentos decorrentes, as mulheres mastectomizadas elaboram as estratégias e as consequências e procuram dar um sentido novo para suas vidas. Com a pesquisa foi possível apreender que esse processo é contínuo e dinâmico, pois para enfrentar o desafio de viver com a incerteza da doença e as modificações que dela decorrem, as mulheres necessitam, não apenas compreender a incerteza de sua doença, mas também, colocá-la em uma perspectiva de vida mais ampla, aprendendo a conviver com as limitações que lhe são impostas. Além disso, as mudanças de ordem social, relacional, abalam muito a vida dessas mulheres e elas têm que aprender a conviver com o estigma de ter sido portadora de uma doença estereotipada que é o câncer e, ainda, com todas as consequências corpóreas que ficam marcadas não só no físico, mas no emocional e psicológico dessas mulheres.

Dessa forma, elas necessitam criar estratégias de enfrentamento e se apoiar no suporte social que lhes é oferecido, como é o caso da família, dos filhos, da equipe de saúde e de seus parceiros, que têm demonstrado na literatura que é um suporte afetivo-social de muita importância, principalmente para as mulheres que são submetidas à mastectomia e tem seus corpos alterados, o que, como sabe-se, altera sua autoimagem,

autoconceito e autoestima, se tornando ainda mais um fator de desordem para essas mulheres.

Por isso, que um dos fatores de grande relevância, que deve ser considerado pela equipe de saúde e para os estudiosos acerca do assunto, para o enfrentamento do câncer de mama feminino é o apoio conjugal, uma vez que o apoio fornecido pelo marido para a sua companheira é algo que faz com que a vivência com o câncer seja menos traumática para a mulher que passa por tal situação.

Há ainda, poucos estudos que abordem a vivência do casal frente ao câncer de mama feminino, havendo a necessidade de outras pesquisas que facilitem a compreensão de tal situação, visto que, na maioria dos estudos, a única preocupação é conhecer as repercussões existentes na vida da mulher, deixando de lado a opinião e reação do companheiro que se depara e vivencia com todos os estágios da doença.

Neste estudo, foi possível notar que a maneira como o homem vê o câncer é muito similar à forma com que a mulher o vivencia, passando por estágios que vão desde a aceitação, o pavor do recebimento da notícia e o medo das possíveis consequências advindas desse diagnóstico, além da reelaboração do corpo transformado e a vivência da sexualidade após todos os procedimentos e tratamentos. Portanto, torna-se necessário a elaboração de novos estudos sobre o impacto do diagnóstico do câncer de mama na vida dos casais, da mastectomia e dos tratamentos invasivos, para possibilitar a realização de uma assistência mais humanizada e centrada nas dificuldades específicas dos casais.

O conhecimento sobre sexualidade após a mastectomia gerada a partir das percepções e crenças de mulheres afetadas pelo câncer de mama e seus parceiros pode contribuir para melhorar a formação, sensibilização e instrumentalização de psicólogos e outros profissionais de saúde no que diz respeito à questão e, assim, promover a assistência mais qualificada e integrada. Para que mais ações intervencionistas possam criar projetos

que auxiliem e estimulem o apoio do parceiro na recuperação das mulheres, e além disso, auxiliar os próprios parceiros que além de ter que apoiar suas parceiras, também precisam ser reconfortados e escutados acerca de seu sofrimento com relação a vivência do câncer de suas parceiras.

Ao longo do curso deste trabalho percebeu-se que a principal falta para essa população e relação aos serviços prestados, são a informação, tanto em relação ao procedimento cirúrgico, como é o caso da reconstrução que nem sempre é oferecida às mulheres, pois sabe-se que a reconstrução é uma ferramenta importante na retomada da autoestima da mulher. Além da falta de informação em relação às consequências não só físicas como emocionais advindas do processo. Muitos casais questionaram o fato de não haver, nos hospitais, ou nos serviços públicos de atendimento, equipes de psicólogos direcionados a criar grupos de discussão acerca das vivências do casal sobre a mastectomia e sobre a sexualidade.

Além disso, percebeu-se na fala das mulheres que elas relatam sofrerem preconceito, além de ficar evidenciado a vergonha e o medo de se expor com as cicatrizes e a falta da mama para outras pessoas. Esse estudo lança para futuros estudos a necessidade de estudar mais a fundo os aspectos relacionados ao preconceito em relação à mulher mastectomizada.

Acredita-se que o presente estudo tenha sido propulsor de reflexões acerca da temática que envolve as mulheres mastectomizadas e seus parceiros em relação as representações do corpo mastectomizado e à satisfação sexual do casal, possibilitando o despertar de estratégias de cuidado e enfrentamento da doença e recuperação da integridade, da autoestima e da autoimagem dessas mulheres.

É necessário que os profissionais de saúde e da assistência que prestam serviços à essa população criem planos de intervenção, grupos de diálogo, buscando proporcionar

mais informação e criando estratégias de atendimento que promovam a superação das implicações psicológicas, emocionais e sociais acarretadas pela mastectomia e o câncer de mama. Os participantes dessa pesquisa relatam que é importante a criação dessas intervenções nos serviços públicos, pois o apoio profissional facilita a recuperação do processo. Além disso, acreditam que a vivência de suas experiências podem contribuir para a formação de estudos como este e para auxiliar outras pessoas que venham a passar pela mesma situação. Por isso, ressalta-se a importância, principalmente do profissional de psicologia de estar atento no exercer da sua profissão a esse grupo, buscando minimizar o sofrimento e auxiliar no enfrentamento dessa doença.

As limitações da presente pesquisa encontram-se na impossibilidade de generalizar tais achados para a população em geral, contudo, cumpriu com a finalidade de debruçar-se sobre complexidade dos significados e representações acerca do fenômeno investigado. No entanto, esta pesquisa sinaliza para que outras investigações possam se debruçar sobre essa temática, buscando analisar lacunas as quais extrapolam os objetivos ora propostos no presente estudo. Faz-se importante investigar o preconceito em relação a mulher mastectomizada e ainda, investigar mais a fundo outras vivências e fatores de enfrentamento, como a religiosidade, a família e o trabalho. Tais reflexões podem contribuir para que novas investigações possam ampliar os conhecimentos sobre esse fenômeno, buscando a melhoria da qualidade de vida dessa população.

**REFERÊNCIAS**

- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem Societal das Representações Sociais. *Sociedade e Estado*, 24 (3), 713-737. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>
- Álvaro, J. L. & Ruiz, B. F. (2006). Representaciones sociales de la mujer. *Athenea Digital*, 9, 65-77. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53700905>
- Álvaro, J. L. & Garrido, A. (2006) *Psicologia Social Perspectivas psicologias e sociológicas*. Ed McGraw-hill.
- Alves- Mazzotti, A. J. (2002.) A Abordagem estrutural das representações sociais. *Psicologia da Educação*, São Paulo, PUC/SP. 14 (15). 17-37
- Alves-Mazzotti, A. J. (2008). Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações à Educação. *Revista Múltiplas Leituras*, 1(1), 18-43. Recuperado de <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/view/1169>
- Angerami, V. A. (2013) A subjetivação do câncer. In *Psicologia e Câncer*. Valdemar Augusto Angerami-Camon e Karla Cristina Gaspar (orgs)- São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Aureliano, W. A. (2009). “... e Deus criou a mulher “... e Deus criou a mulher “... e Deus criou a mulher”: reconstruindo o corpo feminino reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de na experiência do câncer de mama. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1), 49-70. Recuperado de:

<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/viewFile/S0104-026X2009000100004/10983>

Barbosa, M. R., Matos, P. M. & Costa, M. E. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*; 23 (1). 24-34.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa. Edições 70.

Biffi, R. G. & Mamede, M. V. (2004). Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Rev Esc Enferm USP*; 38(3), 262-9. Recuperado de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/135.pdf>

Cabecinhas, R. (2004). Representações Sociais, Relações Intergrupais e Cognição Social. *Paidéia*, 14 (28), 125 -137. Recuperado de: [www.revistas.usp.br/paideia/article/view/6181](http://www.revistas.usp.br/paideia/article/view/6181)

Canieles, I. M., Muniz, R. M., Meincke, S. M. K., Amestoy, S. C. & Soares, L. C. (2015). A imagem corporal da mulher mastectomizada que participa do grupo mama vida. *Rev enferm UFPE on line.*, 9 (1), 399-404. DOI: 10.5205/reuol.5221-43270-1-RV.0901supl201519

Camargo, B. V. & Justo, A. M. (2013). IRAMUTEQ: Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. *Temas em Psicologia*, 21 (2), 513-518 DOI: 10.9788/TP2013.2-

- Camargo, B. V. Goetz, E. R., Bousfield, A. B. S., & Justo, A. M. (2011). Representações sociais do corpo: estética e saúde. *Temas em Psicologia*, 19 (1), 257 – 268. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100021&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100021&script=sci_arttext)
- Camargo, B. V., Justo, A. M. e Alves, C. D. B. (2011). As funções sociais e as representações sociais em relação ao corpo: uma comparação geracional. *Temas em Psicologia* 19 (1): 269 – 281. Recuperado de: [pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100022](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100022)
- Cassimiro, E. S., Galdino, F. F.S (2012). As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da Grécia Antiga à contemporaneidade. *μετάνοια*, 14, Recuperado de: <http://www.ufsj.edu.br/revistalable>
- Cesnik, V. M. & Santos, M. A (2012). Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), 1001-8. Recuperado de: [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)
- Cesnik, V. M. & Santos, M. A. (2012). Mastectomia e Sexualidade: Uma Revisão Integrativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 339-349. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722012000200016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200016)
- Chaves, A. M. & Silva P. (2011). Representações Sociais. In: *Psicologia Social: temas e teorias*. Ana Raquel Rosas Torres, et AL. (orgs). Brasília Technopolitik. 636 p.

- Dancey, C. P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed 608 p.
- David, A., Wildlin, I. & Gaspar, K. C. (2013). O paciente oncológico e a terapêutica quimioterápica: uma contribuição da psicologia. In: *Psicologia e Câncer/ Org: Valdemar Augusto Angerami-Camon e Karla Cristina Gaspar- São Paulo: Casa do Psicólogo*.
- Dewes, J. O. (2013). Amostragem em Bola de neve e respondent-driven simpling: uma descrição de métodos. (Monografia) Departamento de Estatística. Universidade do Rio Grande do Sul.
- Doise, W. (2002). Da Psicologia Social à Psicologia Societal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 18 (1), 27-35. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a04v18n1>
- Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2003000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017)
- Ferreira, D. B. Farrago, P. M. Diniz dos Reis, P. E. Funghetto, S. S. (2011). Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Rev Bras*

*Enferm.*, 64 (3) 536-44. Recuperado de:  
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a18.pdf>

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

Franco, M. L. P. B. (2004). Representações Sociais, Ideologia e Desenvolvimento Da Consciência. *Cadernos de Pesquisa*, 34 (121): 169-186.

Gandini, R. C. (2010). Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. *Temas em psicologia*, 18(2), 449 – 456. Recuperado de:  
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v18n2/v18n2a18.pdf>

Goetz, E. R.; Camargo, B. V.; Bertoldo, R. B. e Justo, A. M. (2008). Representação social do corpo na mídia impressa. *Psicologia & Sociedade*. 20 (2), 226-236. Recuperado de: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000200010&script](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822008000200010&script)

Gradim, C. V. C. (2005). Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer de mama. (Tese de doutorado). Universidade de São Paulo.

Guareschi, P. & Roso, A. (2014). Teoria das Representações Sociais- Sua história e seu potencial crítico e transformador. In: *Textos e Debates em Representação Social*. Abrapso, Porto Alegre, 318p.

Ibiapina, A R. S., Maia, J. M., Silva, L. D. C., Fernandes, M. A., Filho, A. A. I. C. &

Fernandes, R. O. (2015). Aspectos psicoemocionais de mulheres pós-mastectomizadas participantes de um grupo de apoio de um hospital geral. *R. Interd.*, 8 (3), 135-142. Recuperado de:

*Interd.*, 8 (3), 135-142. Recuperado de:

[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/775/pdf\\_243](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/775/pdf_243)

Instituto Nacional De Câncer (INCA- Brasil). Estimativa 2014. Incidência do Câncer no

Brasil. Rio de Janeiro. Recuperado de:

[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/conceito\\_magnitude](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude)

Jodelet, D (1993). Représentationssociales: undomaine en expansion. In D. Jodelet (Ed.)

*Les représentations sociales*. Paris: PUF, 1989, pp. 31-61. Tradução: Tarso Bonilha

Mazzotti. Revisão Técnica: Alda Judith AlvesMazzotti. UFRJ- Faculdade de Educação.

Justo, A. M., Camargo, B. V., Alves, C. D. B. (2014). Os Efeitos de Contexto nas

Representações Sociais sobre o Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30 (3), 287-297. Recuperado de:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722014000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000300006)

Kappaun, N. R. B. & Ferreira, M. E. C. (2008). A Imagem Corporal de Mulheres

Mastectomizadas. *HU Revista*, 34(4), 243-24. Recuperado de:

[www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/166/176](http://www.seer.ufjf.br/index.php/hurevista/article/download/166/176)

- Kunsler, A. (2011). Corpo e gênero: representações sociais do feminino numa academia de Porto Alegre. *Conversas e controvérsias*, 2 (2), 2-19. Recuperado de: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/conversasecontroversias/article/view/7816/7250>
- Leite, F. M. C., Gonçalves, C. R. A., Amorin, M. H. C. & Bubach, S. (2012). Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de Mulheres. *Cogitare Enferm*, 17 (2), 342-7. Recuperado de: [ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/27896/18553](http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/download/27896/18553)
- Maciel, S. C. & Melo, J. R. F. (2011). O recurso da entrevista e da análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 175-204). João Pessoa, PB: Editora Universitária.
- Maciel, S. C. & Sá-Serafim, R. C. N. (2013). Câncer de mama e mastectomia: Representações da doença e do corpo. In: *Psicologia e Câncer*. Orgs: Valdemar Augusto Angerami-Camon e Karla Cristina Gaspar- São Paulo. Ed. Casa do Psicólogo.
- Marques, T. S. & Okazaki, E. L. F. J. (2012). Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem. *Rev Enferm UNISA*, 13(1), 53-8. Recuperado de: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-09.pdf>

Medeiros, K. T. (2014). *As Mulheres no Fenômeno das Drogas: Representações Sociais de Usuárias de Crack*. (Dissertação de Mestrado). Pós Graduação de Psicologia Social. Universidade Federal da Paraíba.

Mestre, M. & Pinotti, R. C. (2004). As representações sociais e o inconsciente coletivo: um diálogo entre duas linhas teóricas. *PsicoUTP online*, Curitiba, 4, 1-10. Recuperado de: <http://www.utp.br/psico.utp.online>

Moreira, H. & Canavarro, M. C. (2014). A comunicação entre o casal no contexto do cancro da mama. *Estudos de Psicologia* Campinas, 31(1), 97-105. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000100010>

Moscovici, S. (2012). *A Psicanálise, sua imagem e seu público*/ Serge Moscovici; tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes. 455p. (Coleção Psicologia Social)

Santos, L. N., Dias, C. A. D. C. A., Lacerda, G. L.; Barreto, W. W. P. & Rodrigues dos Santos, T. (2008). Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. *Psicologia Hospitalar*, 6(2), 2-19. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ph/v6n2/v6n2a02.pdf>

Norgren, M. B. P.; Souza, R. M.; Kaslow, F. Hammerschmidt, H. & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9 (3): 575-584. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a20v09n3.pdf>

Oliveira, M.S. B. S. (2004). Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Revista Brasileira De Ciências Sociais*. 19 (55): 180-185.

Paredes, E. C. (2006). Loucuras e Representações Sociais (Resenha). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22 (12): 2722-2727

Pereira de Sá, C. (1996). Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas psicol*, 4 (3); 19-33. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v4n3/v4n3a02.pdf>

Ramalho, T. M. M., Maciel, S. C., Medeiros, K. T., Souza, G. L. S., Cruz, L. F. P e Nascimento, R. P. F. (2014). Representações sociais sobre a loucura: intervenções inclusivas com estudantes de ensino médio. In: *Saúde Mental e Dependência Química*/ Silvana Carneiro Maciel, Wânia Cláudia G. Di Lourenzo Lima e Samkya Fernandes O. Andrade (orgs). 222p, Ed: UFPB.

Remondes-Costa, S.; Jimenez, F.; Pais-Ribeiro, J. L.(2012). Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro da mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 13 (2),327-339. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36225171014>

Ramos, A. S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro de mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23 (3), 295-304. Recuperado de: [www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf)

- Ribeiro, J. P. & Raimundo, A. (2005). Estudo de adaptação do questionário de satisfação com o relacionamento sexual (qsrs) em mulheres com incontinência urinária. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 2005, 191-202.
- Richardson, R. J. (2009). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3ªed.). São Paulo: Atlas.
- Romeiro, F.B., Both, L. M., Machado, A. C. A., Lawrenz, P. & Castro, E. K. (2012). O Apoio Social das Mulheres com Câncer de Mama: Revisão de Artigos Científicos Brasileiros. *Revista Psicologia e Saúde*, 4 (1), 27-38. Recuperado de: <http://www.gpec.ucdb.br/pssa/index.php/pssa/article/viewFile/122/209>
- Sá, C. P. (1998). *A Construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ
- Salles, J. B.; Cecílio, S. G.; Pereira, N. P. A.; Maia, L. L. Q G. N. (2012). O convívio com a mulher mastectomizada sob a óptica do companheiro. *R. Enferm. Cent. O. Min.*; 2(1), 10-18. Recuperado de: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/163>
- Samarão, L. (2007). O espetáculo da publicidade: a representação do corpo feminino na mídia. *Contemporanea* 1(8), 1-7. Recuperado de: [http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed\\_08/04LILIANY.pdf](http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_08/04LILIANY.pdf)

- Santos, D. B. & Vieira. E. M.(2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura, *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522. Recuperado de: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7756/art\\_SANTOS\\_Imagem\\_corporal\\_de\\_mulheres\\_com\\_cancer\\_de\\_2011.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/7756/art_SANTOS_Imagem_corporal_de_mulheres_com_cancer_de_2011.pdf?sequence=1)
- Santos, D. B. (2012). Sexualidade e imagem corporal de mulheres com câncer de mama. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Sá-Serafim, R. C. N. (2013). Corpo Mastectomizado e Representações Sociais: Rede de Significações que conduzem a ação (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba.
- Scorsolini-Comin, F. Antônio dos Santos, M. & Souza,L. V. (2009) Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. *Estudos de Psicologia*, 14(1), 41-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2009000100006>
- Seara, L.. S., Vieira, R. X. & Pechorro, P. S. (2012). Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. *Rev Int Androl*,10 (1), 104-110.
- Secchi, K. Camargo, B.V. e Bertoldo, R. B. (2009). Percepção da Imagem Corporal e Representações Sociais do Corpo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* 25( 2): 229-236. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a11v25n2.pdf>

- Sheppard, L. A. & Sally Ely (2008). Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal*, 14 (2), 176–181. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524-4741.2007.00550.x/abstract>
- Silva, S. E. D., Vasconcelos, E. V., Santana, M. E., Araújo, J. F., Valente, J., Oliveira, J. B., Cunha, N. M. F., Conceição, V. M. (2012). Câncer De Mama Uma Doença Temida: Representações Sociais De Mulheres Mastectomizadas. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 3 (2), 731-742. Recuperado de: [gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/.../pdf\\_1](http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/download/.../pdf_1)
- Silva, A. C. & Medeiros, M. M. (2013). Sexualidade e a história da mulher na idade média: a representação do corpo feminino no período medieval nos séculos X a XII. *Revista Eletrônica História em Reflexão*, 7 (14), 1-16. Recuperado de: [http://www.uems.br/site/nehms/arquivos/53\\_2014-02-11\\_22-30-44.pdf](http://www.uems.br/site/nehms/arquivos/53_2014-02-11_22-30-44.pdf)
- Silva, A. C. C.; Anjos, A. T.; Mascarenhas, I. R. (2014). Perfil Epidemiológico de Mulheres que Realizaram Mastectomia em uma Unidade-Referência em Salvador – Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 1 (1), 31-41. Recuperado de : <file:///C:/Users/Silvana01/Downloads/464-1745-1-PB.pdf>
- Silva, G. A. & Lange, E. S. N. (2010). Imagem corporal: A percepção do conceito em indivíduos obesos do sexo feminino. *Psicol. Argum*, 28 (60), 43-54. Recuperado de: [www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3509&dd99=pdf](http://www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3509&dd99=pdf).

- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 13 (2), 231-237. Recuperado de: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-722008000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-722008000200005&script=sci_arttext)
- Silva, N. M. & Gaspar, K. C. (2013). Ansiedade em pacientes oncológicos em início de tratamento radioterápico. In: *Psicologia e Câncer*. Valdemar Augusto Angerami-Camon e Karla Cristina Gaspar (orgs), São Paulo: Casa do Psicólogo
- Silva, P. F. (2009) Perfil de mulheres com câncer de mama atendidas em Vitória - ES: Influência das variáveis sociodemográficas com o estadiamento clínico do tumor antes do tratamento. Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Espírito Santo. Recuperado de: [http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese\\_3615\\_.pdf](http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_3615_.pdf)
- Silva, S. E. D., Vasconcelos, E. V., Santana, M. E., Rodrigues, I. L. A., Leite, T. V., Santos, L. M. S., Sousa, L. F., Conceição, V. M., Oliveira, J. L. e Meireles, W. N. (2010). Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Rev Bras Enferm*, Brasília 63(5), 727-34. Recuperado de: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034)
- Siqueira, D. C. O. & Faria, A. A. (2007). Corpo, saúde e beleza: representações sociais nas revistas femininas. *Comunicação, mídia e consumo* São Paulo, 4 (9), 171-188. Recuperado de: <http://revistacmc.espm.br/index.php/revistacmc/article/view/95>
- Souza, M. R. R.; Oliveira, J. F.; Nascimento, E. R.; & Carvalho, E. S. S. (2013). Droga de corpo! Imagens e representações do corpo feminino em revistas brasileiras. *Rev.*

*Gaúcha Enferm*, 34 (2). Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000200008>

Speer, J. J. Hillenberg, B., Sugrue, D. P., Kresge, C. L., Decker, V. B., Zakalik, D. Decker, D. A. (2005). Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal*, 11 (6), 440 – 447. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1075-122X.2005.00131.x/abstract>

Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. (2007). Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. *Arq Ciênc Saúde*, 14 (1),17-22.

Tavares, H. D., Conceição, R. N. e Silva, Z. S. S. B. (2011). Abordagem dos principais métodos de diagnóstico do câncer de mama: uma revisão de literatura. *Revista do ITPAC*, 4(1), 50-57. Recuperado de: <http://www.itpac.br/arquivos/Revista/41/6.pdf>

Vala, J. (2000) Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In *Psicologia Social*. J. Vala e B. Monteiro (Org.) Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian. 457 –502.

Vieira, K. F. L. & Coutinho, M. P. L. (2008). Representações Sociais da Depressão e do Suicídio Elaboradas por Estudantes de Psicologia. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (4), 714-727. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v28n4/v28n4a05.pdf>

## **APÊNDICES**

# Apêndice 1

## QUESTIONÁRIO BIOSOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade \_\_\_\_\_ anos.

2. Nível de ensino mais elevado que você completou?

Nenhum ( ) Fundamental completo ( ) Fundamental incompleto ( ) Ensino médio completo ( ) Ensino médio incompleto ( ) Superior completo ( ) Superior incompleto ( )

3. Situação conjugal atual:

Casada ( ) União estável/mora junto ( )

Tempo de duração da relação\_\_\_\_\_.

4. O parceiro atual é o mesmo de antes da realização da cirurgia?

SIM ( ) NÃO ( )

5. Tem filhos?

Sim ( ) Não ( )

6. Trabalha: Sim ( ) Não ( ) Qual a sua profissão\_\_\_\_\_.

7. Possui vida sexual ativa? Sim ( ) Não ( )

### Para as mulheres:

8. Há quanto tempo foi a sua operação da sua mama?

9. Foi feita reconstrução? Qual a sua satisfação com esta reconstrução ou não reconstrução?

10. Quais tratamentos que você realiza neste momento?

Quimioterapia? Sim ( ) Não ( )

Radioterapia? Sim ( ) Não ( )

Terapia Hormonal? Sim ( ) Não ( ) Qual?\_\_\_\_\_.

## Apêndice 2

### ASSOCIAÇÃO DE PALAVRAS

Coloque nos espaços a baixo as 5 primeiras palavras que vêm a sua mente quando digo as seguintes palavras:

<b><u>Palavra: CORPO DA MULHER</u></b>

<b><u>Palavra: CORPO DA MULHER</u></b> <b><u>MASTECOMIZADA</u></b>

## Apêndice 3

### **ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA/ MULHERES**

**Responda as questões a seguir de acordo com sua vivência.**

1. Quais alterações físicas você percebeu depois da cirurgia?
2. Quais alterações psicológicas você percebeu depois da cirurgia?
3. O que o corpo da mulher significa para você?
4. O que o corpo mastectomizado significa para você?
5. Como você se via antes e como se vê depois da mastectomia?
6. Quais as repercussões da mastectomia na sua vida íntima com seu parceiro (a)?
7. O que significa a satisfação sexual para você?
8. Como você avalia a sua satisfação sexual?
9. Hoje qual seu maior medo?
10. Hoje qual sua maior tristeza?
11. Hoje qual sua maior alegria?

### **ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA/ HOMENS**

**Responda as questões que se seguem, de acordo com sua vivência.**

1. Quais alterações físicas você percebeu depois da cirurgia?
2. Quais alterações psicológicas você percebeu depois da cirurgia?
3. O que o corpo da mulher significa para você?
4. O que o corpo mastectomizado significa para você?
5. Como você via a sua parceira antes e como vê depois da mastectomia?
6. Quais as repercussões da mastectomia na sua vida íntima com sua parceira?
7. O que significa a satisfação sexual para você?
8. Como você avalia a sua satisfação sexual?
9. Hoje qual seu maior medo?
10. Hoje qual sua maior tristeza?
11. Hoje qual sua maior alegria?

## Apêndice 4

### ESCALA DE SATISFAÇÃO SEXUAL

1. De 0 à 10 como avalia sua satisfação sexual antes da operação da mama?

<b>Nada satisfeito (a)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Muito satisfeito(a)</b>
----------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------------------

2. De 0 à 10 como avalia sua satisfação sexual depois da operação da mama?

<b>Nada satisfeito (a)</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>Muito satisfeito(a)</b>
----------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	----------------------------

## **ANEXOS**

## Anexo 1

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Os objetivos do estudo são compreender a concepção acerca do corpo mastectomizado e analisar a satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros e está sendo realizada pela mestranda Tamiris Molina Ramalho Hirschle e orientada pela professora doutora Silvana Carneiro Maciel da pós-graduação do curso de Psicologia Social da UFPB.

Solicitamos a sua colaboração e autorização para participação desse estudo e para apresentar os resultados em eventos da área e publicar em revista científica/livro; esclarecendo que o anonimato será sempre respeitado.

Esclarecemos, ainda, que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

---

**Assinatura do (a) participante**



Impressão  
datiloscópica do  
representante legal

---

← Assinando esse termo, estou concordando em participar do estudo acima mencionado, sob a coordenação da Prof. Silvana Carneiro Maciel. Caso necessite de alguma informação sobre o presente estudo entre em contato com Tamiris Molina Ramalho Hirschle; cel: 96549406 e [tami.ramalho@gmail.com](mailto:tami.ramalho@gmail.com)

---

**Assinatura do (a) participante**

## Anexo 2

# CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

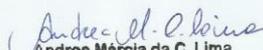


UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 8ª Reunião realizada no dia 21/08/2014, o Projeto de pesquisa intitulado: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE O CORPO: UM ESTUDO COM MULHERES MASTECTOMIZADAS”** da Pesquisadora Silvana Carneiro Maciel. Protocolo 0276/14. CAAE: 31635514.0.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB