

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

LARISSA DE MORAIS TEIXEIRA

**CÂNCER QUE TOMA O CORPO FEMININO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

MACEIÓ  
2021

LARISSA DE MORAIS TEIXEIRA

**CÂNCER QUE TOMA O CORPO FEMININO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação *Strict sensu* em Enfermagem (PPGENf) da Escola de Enfermagem (EENF)/ Universidade Federal de Alagoas (UFAL) como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

MACEIÓ  
2021

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**

Bibliotecário: Cláudio César Temóteo Galvino – CRB4/1459

T266c Teixeira, Larissa de Moraes.  
Câncer que toma o corpo feminino: representações sociais / Larissa de Moraes  
Teixeira. – 2021.  
71 f.: il.

Orientador: Amuzza Aylla Pereira dos Santos.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Alagoas.  
Escola de Enfermagem. Maceió, 2021.

Bibliografia: f. 52-62.  
Apêndices: f. 62-66.  
Anexos: f. 67-71.

1. Neoplasias – Genitais femininos. 2. Saúde da mulher. 3. Ginecologia. 4.  
Enfermagem oncológica. I. Título.

CDU: 616-006

## Folha de Aprovação

**LARISSA DE MORAIS TEIXEIRA**

**CÂNCER QUE TOMA O CORPO FEMININO: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 28 de Maio de 2021.

*Amuzza Aylla Pereira dos Santos*

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Amuzza Aylla Pereira dos Santos  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas  
(Orientadora)

### **Banca Examinadora:**

*Karla Romana Ferreira de Souza*

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Karla Romana Ferreira de Souza  
Universidade Federal de Alagoas (Examinador Externo)

*Isabel Comassetto*

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Isabel Comassetto  
Universidade Federal de Alagoas (Examinador Interno)

## DEDICATÓRIA

Aos meus queridos pais, *Josiane de Moraes Teixeira* e *Edvaldo Teixeira Silva*, que me trouxeram com todo o amor e carinho a este mundo, dedicaram, cuidaram e doaram incondicionalmente seu sangue e suor em forma de amor e trabalho por mim, despertando e alimentando em minha personalidade, ainda na infância, a sede pelo conhecimento e a importância deste em minha vida.

## AGRADECIMENTOS

À Deus por ser essencial em minha vida, por sempre ter feito prevalecer sua vontade, sobre as minhas, por ter guiado meus passos durante toda graduação e nunca ter me desamparado mesmo frente às provas, protegendo-me, dando força e coragem para persistir na busca dos meus sonhos.

Ao meu pai, Edvaldo, por sempre me incentivar, apoiar e confiar em mim, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Obrigada por ser meu exemplo e meu orgulho.

À minha mãe, Josiane, por todo seu amor, cuidado, dedicação e carinho. Obrigada por ter sonhado junto comigo, e ter tornado os meus sonhos, suas metas. Obrigada por ser meu porto-seguro e meu exemplo.

Ao meu irmão, Lucas, por ter acompanhado toda minha trajetória, sempre vibrando com minhas conquistas, obrigada por sempre me fortalecer com sua pureza, seu carinho e seu amor.

Ao meu noivo, Talvannes, por seu amor, companheirismo e apoio. Obrigada por acreditar em mim e em meus sonhos, e por vezes, ter compreendido minha ausência em meio às tribulações dessa longa jornada.

A todos os meus familiares e amigos, por seu amor e apoio, que de perto ou longe, fortaleceram-me com sua torcida e confiança.

À minha amiga, Marília, que vivenciou ao meu lado momentos de luta e de glória, que sempre me ofertou o apoio necessário para que eu prosseguisse. Obrigada pelo ombro amigo nos momentos de aflição.

Aos amigos que o mestrado me trouxe, especialmente Mariana e Roberto, por todo apoio, cuidado e carinho ao longo desta caminhada, nossa amizade vai muito além da pós graduação.

À minha amiga, Dalila, que sempre esteve ao meu lado, nos bons e maus momentos, desde o ensino fundamental, compartilhando sonhos, vitórias, alegrias e tristezas.

Ao meu amigo, Neto, por todo apoio e preocupação, mesmo que de longe, por ter acompanhado toda minha trajetória, sempre vibrando com minhas conquistas.

À minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Amuzza Aylla, por ter me acolhido desde a graduação, e me proporcionado um ensino e aprendizado rico em sensibilidade e ética. Obrigada por compartilhar comigo conhecimentos e experiências, e por me conduzir na execução dessa pesquisa.

Às professoras, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Karla Romana, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Isabel Comassetto, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jovânia Marques e Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Juliana Bento, obrigada por aceitarem fazer parte da banca de qualificação e defesa e por compartilharem seus conhecimentos, favorecendo para o enriquecimento deste estudo.

À Universidade Federal de Alagoas (UFAL), à Escola de Enfermagem (EENF) e ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENF), por proporcionar-me um ambiente rico em contribuições pessoais e profissionais.

Aos docentes do PPGENF – UFAL, que através dos seus ensinamentos, habilidades e modo de ser profissional, contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional desde o início do mestrado, por terem me mostrado o autêntico cuidado de enfermagem, aquele que perpassa técnicas e procedimentos.

À toda equipe do Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), por toda receptividade e disponibilidade em facilitar a aproximação às participantes da pesquisa.

Às mulheres, participantes da pesquisa, pela receptividade, participação e disponibilidade. Vocês foram peças fundamentais no desenvolvimento deste estudo, sem vocês ela não teria acontecido.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa conquista, o meu muito obrigada.

## **EPÍGRAFE**

“Determinação, coragem e autoconfiança são fatores decisivos para o sucesso. Se estamos possuídos por uma inabalável determinação conseguiremos superá-los. Independentemente das circunstâncias, devemos ser sempre humildes e despidos de orgulho.”

**Dalai Lama**

## RESUMO

**Introdução:** A partir do momento que a mulher se depara com o diagnóstico do câncer feminino, seu modo de vida e suas relações interpessoais passam a ser objetos de reflexão e questionamentos. Entender o significado atribuído a essa experiência torna-se fundamental para promover e otimizar estratégias de enfrentamento a fim de aumentar a qualidade de vida da mulher na sua integralidade biopsicossocial. **Objetivo:** Compreender os conteúdos representacionais de mulheres vivenciando o câncer feminino. **Metodologia:** Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado com 20 mulheres que se encontravam em um centro de referência em oncologia, localizado no município de Maceió/Alagoas. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, CAAE nº 23846919.5.0000.5013. As informações foram coletadas de janeiro a março de 2021, através de entrevistas semiestruturadas áudio-gravadas. As informações coletadas foram transcritas na íntegra e analisadas de acordo com a técnica de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin, categorizados em unidades temáticas. Utilizou-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais. **Resultados:** Os conteúdos representacionais do câncer feminino estão relacionados ao sofrimento interno e fortemente ancorados em representações de morte, medo e desespero. As falas apontaram que a depressão acaba unindo-se à essas representações, refletindo demasiadamente nas tomadas de decisões frente à adesão e continuidade do tratamento. O estudo revelou também que o apoio da sociedade em que a mulher está inserida e a forma como ela recebe o diagnóstico tem influência decisiva nas representações que ela constrói acerca da doença e na forma como ela encara o tratamento. **Conclusão:** Dentro das representações sociais que cada mulher apresenta existe um mundo de significados e sentidos encobertos pelo senso comum, somado aos saberes e conhecimento científico, que requerem um olhar minucioso e atencioso pois permeiam o câncer feminino possibilitando ao profissional de enfermagem prestar uma assistência individualizada e que compreenda todos os processos biopsicossociais vivenciados pela mulher que enfrenta o câncer.

**Descritores:** Neoplasias dos Genitais Femininos; Saúde da mulher; Ginecologia; Enfermagem oncológica.

## ABSTRACT

**Introduction:** From the moment a woman is faced with the diagnosis of female cancer, her way of life and interpersonal relationships become objects of reflection and questioning. Understanding the meaning attributed to this experience is essential to promote and optimize coping strategies in order to increase the quality of life of women in their biopsychosocial integrality. **Objective:** Understand the representational contents of women experiencing female cancer. **Methodology:** Descriptive, exploratory study with a qualitative approach, carried out with 20 women who were at an oncology reference center, located in the city of Maceio/Alagoas. Approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Alagoas, CAAE: 23846919.5.0000.5013. Information was collected from January to March 2021, through audio-recorded semi-structured interviews. The information collected was transcribed in full and analyzed according to the technique of content analysis from Bardin's perspective, categorized into thematic units. **Results:** The representational contents of female cancer are related to internal suffering and strongly anchored in representations of death, fear and despair. The statements showed that depression ends up joining these representations, reflecting too much on decision-making regarding adherence and continuity of treatment. The study also revealed that the support of the society in which the woman is inserted and the way she receives the diagnosis has a decisive influence on the representations she builds about the disease and on the way she views treatment. **Conclusion:** In the social representations that each woman presents, there is a world of meanings and senses covered by common sense, added to the knowledge and scientific knowledge, which require a detailed and attentive look as they permeate the female cancer, enabling the nursing professional to provide individualized care that understands all biopsychosocial processes experienced by women who face cancer.

**Descriptors:** Genital Neoplasms, Female; Women's Health; Gynecology; Oncology Nursing.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das mulheres vivenciando o processo de enfrentamento do câncer feminino segundo faixa etária, estado civil, etnia, religião e escolaridade. Maceió/Alagoas, 2021.....37

Tabela 2: Caracterização das mulheres quanto ao perfil clínico do câncer, segundo tipo de câncer, tempo de tratamento, histórico de câncer na família e origem do encaminhamento. Maceió/Alagoas, 2021.....38

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AMIU – Aspiração Manual Intrauterina
- $\beta$ -hCG – Beta Gonadotrofina Coriônica Humana
- BRCA1 – Breast Cancer 1
- BRCA2 – Breast Cancer 2
- CACON – Centro de Alta Complexidade em Oncologia
- CAAE – Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
- CCU – Câncer Cérvicouterino
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- DTG – Doença Trofoblástica Gestacional
- EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
- HPV – Papilomavírus Humano
- HUPAA – Hospital Universitário Professor Alberto Antunes
- INCA – Instituto Nacional do Câncer
- IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
- MH – Mola Hidatiforme
- MHC – Mola Hidatiforme Completa
- MHI – Mola Hidatiforme Invasiva
- MHP – Mola Hidatiforme Parcial
- MTX – Metotrexate
- NTG – Neoplasia Trofoblástica Gestacional
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PNCC – Plano Nacional do Combate ao Câncer
- SBC – Sociedade Brasileira de Cancerologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TRS – Teoria das Representações Sociais

TTE – Tumor Trofoblástico Epitelioide

TTSP – Tumor Trofoblástico em Sítio Placentário

UFAL – Universidade Federal de Alagoas

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	16
2.1 Objetivo geral: .....	16
2.2 Objetivos específicos: .....	16
<b>3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA</b> .....	17
3.1 História do câncer .....	17
3.2 Câncer feminino .....	19
3.3 Câncer de mama .....	20
3.4 Doença Trofoblástica Gestacional .....	22
3.5 Repercussões do câncer na vida da mulher .....	23
3.6 Assistência de enfermagem à paciente em tratamento de câncer feminino .....	25
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	27
4.1 Tipo de estudo .....	27
4.2 Cenário do estudo .....	27
4.3 Participantes do estudo .....	27
4.4 Critérios de inclusão e exclusão .....	28
4.5 Aproximação com as participantes .....	28
4.6 Coleta de informações .....	28
4.7 Procedimentos e aspectos éticos .....	29
4.8 Tratamento e análise das informações coletadas .....	30
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	31
5.1 Considerações históricas .....	31
5.2 Uso da Teoria das Representações Sociais .....	32
5.3 O conceito de representações sociais .....	36
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	37

6.1 Caracterização das participantes .....	38
6.2 Representações sociais frente ao significado do câncer .....	41
6.3 Representações sociais das mulheres frente ao diagnóstico .....	43
6.4 Representações sociais das mulheres diante do apoio para o enfrentamento do câncer .....	46
6.5 Representações sociais das mulheres frente à esperança da cura .....	48
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.) .....</b>	<b>62</b>
<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>64</b>
<b>APÊNDICE C - QUESTÕES ABERTAS QUANTO AO TEMA .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXO I – TERMO DE CONCORDÂNCIA .....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFAL .....</b>	<b>68</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem como objeto de estudo as representações sociais das mulheres que vivenciam um câncer feminino. O interesse em abordar esse tema surgiu a partir da experiência vivida durante coleta de informações para o trabalho de conclusão de curso realizado no Centro de Saúde Dr. Hamilton Falcão, onde foi possível observar a ocorrência cada vez mais frequente de lesões precursoras de câncer de colo de útero (CCU) nos exames de citologia e alterações malignas nos exames de mamografia.

O câncer vem sendo amplamente abordado como um problema de saúde pública e de proporção mundial. Em 1980, o Brasil começou um processo de transição, no qual as neoplasias começaram a se tornar mais incidentes, surgindo o Plano Nacional do Combate ao Câncer (PNCC), em conjunto com ações de prevenção do câncer de mama e do câncer cervicouterino e ações de prevenção e tratamento de doenças ginecológicas (ELIAS et al., 2015; CARTER; GOLDFRANK; SCHOVER, 2011).

Câncer é o nome dado a um agrupamento de mais de 100 tipos diferentes de doenças que de forma geral têm o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), sua gênese ocorre por fatores extrínsecos e intrínsecos, que podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover a doença. Estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (ELIAS et al., 2015; INCA, 2019).

No grupo das neoplasias, os cânceres femininos são responsáveis por mais da metade das mortes por câncer entre mulheres no nosso país. Esses cânceres referem-se à origem de doenças neoplásicas que acometem os órgãos do sistema reprodutor feminino, podendo originar-se nas mamas, colo de útero, corpo uterino, endométrio, ovário, vulva, vagina e tuba uterina (NASCIMENTO; DEITOS; LUZ, 2019).

É pertinente mencionar a Doença Trofoblástica Gestacional (DTG) entre os cânceres femininos, pois sua origem obstétrica e o potencial para complicações apresentadas pelos tipos benignos e a agressividade dos tipos malignos, podem evoluir para as formas mais graves da doença. (SECKL et al., 2013)

O câncer pode afetar a saúde física e mental das mulheres, assim como o relacionamento conjugal e as relações sociais, levando a problemas emocionais como depressão, ansiedade, insônia e medo, prejudicando sua qualidade de vida (FERREIRA et al., 2015).

As mulheres que enfrentam um câncer feminino muitas vezes sofrem com as disfunções corporais provenientes do tratamento (seja uma mama retirada ou alguma disfunção do assoalho pélvico), o que afeta negativamente a qualidade de vida e o bem-estar físico, emocional, profissional e social. Essas disfunções provocam sentimento de constrangimento ao compartilhar seus sintomas com familiares, amigos ou profissionais de saúde, ameaçando a imagem corporal, levando a uma baixa autoestima, perda da feminilidade e comprometimento da sexualidade (NASCIMENTO; DEITOS; LUZ, 2019).

A partir do momento que a mulher se depara com o diagnóstico de câncer, seu modo de vida e suas relações interpessoais passam a ser objetos de reflexão e questionamentos. Os sentimentos diante do enfrentamento da doença podem mudar no correr do tratamento, da reação do corpo, do apoio da família, bem como os medos, dúvidas e anseios que cada mulher passa a sofrer ao longo de cada etapa terapêutica (VIEIRA; QUEIROZ, 2006; REIS; PANOBIANCO; GRADIM, 2019).

Entender o significado atribuído a essa experiência torna-se fundamental promover e otimizar estratégias de enfrentamento a fim de aumentar a qualidade de vida da mulher na sua integralidade biopsicossocial. Diante do que foi discutido, indagou-se como questão norteadora: Quais as representações sociais das mulheres que vivenciam um câncer feminino?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Compreender os conteúdos representacionais de mulheres vivenciando o câncer feminino.

### **2.2 Objetivos específicos:**

Descrever a vivência das mulheres com câncer feminino;

Descrever os sentimentos relacionados ao processo de enfrentamento do câncer feminino;

### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 História do câncer

Os primeiros casos de câncer relatados na história da humanidade foram descritos há 2600 anos antes de Cristo. No Egito, na Pérsia e na Índia já se referiam a tumores malignos que se alastravam por várias partes do corpo levando à morte. Durante muito tempo pouco se sabia sobre a doença. O câncer era pouco percebido pela sociedade e os médicos pouco podiam fazer para evitar as mortes e o sofrimento que o câncer causava (NICIDA; SCHWEICKARDT, 2019).

A princípio, o câncer era visto pelos hipocráticos como desequilíbrio de fluidos que constituem o organismo, o foi repassado até meados do século XVI. No entanto, a partir do século XVII, com a descoberta do sistema linfático, a doença passou a ser relacionada ao desequilíbrio da linfa nos organismos. As terapias e tratamento eram voltadas à obtenção do equilíbrio corpóreo, onde as intervenções medicamentosas e cirúrgicas não eram aconselhadas. Práticas como as sangrias eram comuns na época, pois acreditavam ser a conduta mais adequada no restabelecimento do equilíbrio corpóreo (GONÇALVES et al., 2016).

Apenas no século XVIII após evolução dos conhecimentos sobre as células e avanço da anatomia patológica, o câncer começou a ser visto como uma doença local. Em meados do século XIX, os avanços das técnicas de assepsia no campo cirúrgico trouxeram nova esperança em relação ao câncer, dando a segurança necessária para a realização de diversas incisões que, até então, eram marcadas pelo fracasso das infecções posteriores (NICIDA; SCHWEICKARDT, 2019).

Os primeiros estudos médicos sobre a doença como problema coletivo em nosso país remetem ao início do século XX. Na segunda metade do século XX a preocupação com o câncer no Brasil começou a se intensificar. Os casos de câncer com desfechos trágicos eram cada vez mais frequentes, o que gerou uma grande preocupação social (ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

No decorrer das décadas seguintes, outros profissionais demonstraram preocupação com o tema, iniciando uma mobilização, até então pequena, pelo controle do câncer no Brasil. Em 1920 foram criadas empresas especialistas em tratamentos cirúrgicos e radiológicos em alguns estados do Brasil. No entanto, a importância dada às ações voltadas ao câncer na organização dos serviços sanitários do país estava bem abaixo da atribuída a outras doenças, como as verminoses e as doenças infecciosas, pois as

doenças transmissíveis eram as maiores ameaças à saúde da população naquela época (CESARO; VASCONCELLOS; SCOLA, 2019).

As preocupações com o câncer no Brasil foram crescendo à medida que também crescia a informação médica sobre a doença, a partir da participação de médicos em congressos e encontros internacionais: o câncer já era tido como um problema de saúde pública em outros países. Eduardo Rabello, médico e diretor da Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas no Brasil, caracterizou o câncer pela primeira vez em sua fala no II Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em Belo Horizonte, em 1924, trazendo a doença como um problema dos países civilizados, consequência do desenvolvimento da medicina e das condições de vida da população urbana (ARAÚJO NETO; TEIXEIRA, 2017).

Rabello materializou suas ideias e experiências em anais de congresso, publicado em 1928, onde destacava a necessidade de um olhar atento para o câncer no Brasil, mesmo que não o considerasse um grande problema de magnitude social naquele momento. De acordo com ele:

No Brasil, tomado o território em toda sua extensão, não é ainda um problema dos mais importantes ao lado, por exemplo, do da tuberculose que, em seu conjunto, a todos sobrepuja; já vae, entretanto, caminhando para sê-lo se providências não forem tomadas, pois nos últimos quinquênios a cifra tende a subir [...] (RABELLO, 1928, p. 118).

Apenas em 1940, as agendas dos médicos responsáveis pelo controle do câncer no Brasil ganharam maior repercussão. Em 1946, criou-se a Sociedade Brasileira de Cancerologia (SBC), direcionada para a prática médica, com a proposta de aperfeiçoar a formação em cancerologia e outras ações direcionadas aos profissionais. Ao fim da Segunda Guerra Mundial, as discussões ao redor do papel da medicina e da ciência na sociedade ganharam novos rumos, intensificados pelo avanço das tecnologias de saúde, como o tratamento por radiação e a quimioterapia, o que também impulsionou a formação de médicos dedicados ao câncer: os cancerologistas (GONÇALVES et al., 2016).

Em 1954, o VI Congresso Internacional de Câncer, um dos congressos de maior reconhecimento na área da cancerologia foi sediado em São Paulo. O evento contou com a participação de 586 médicos, com várias conferências, sessões temáticas, discursos de autoridades públicas e visitas a instituições de controle do câncer. A partir daí o câncer não poderia ser mais apontado como uma doença da civilização ou resultado do progresso, mas deveria ser visto como um problema de saúde pública do Brasil, permeado

pela diversidade de aspectos culturais e sociais existentes no país. O Brasil finalmente começou a considerar a doença como um problema social, ampliando as campanhas nacionais já existentes, criando novas campanhas e novas instituições de assistência ao câncer (NICIDA; SCHWEICKARDT, 2019).

### **3.2 Câncer feminino**

O Brasil é um dos países mais populosos do planeta, sendo grande parte desta população composta pelo sexo feminino. Câncer feminino é o nome atribuído à origem das neoplasias que acometem os órgãos do sistema reprodutor das mulheres, sendo estes tipos de cânceres: o câncer de colo uterino, corpo uterino, ovário, vulva, vagina, endométrio, tuba uterina e o câncer de mama. As mamas também são estruturas orgânicas consideradas partes constituintes do sistema reprodutor feminino por possuírem função reprodutiva importante na alimentação dos bebês em seus primeiros meses de vida (BRUNNER; SUDDARTH, 2020).

É importante mencionar a doença trofoblástica gestacional dentre os cânceres femininos por sua origem obstétrica e relevante potencial para complicações, pois os tumores trofoblásticos são formas malignas que sucedem a gravidez molar e, em grande parte dos casos, precisa de tratamento oncológico (RIBEIRO; MORAES, 2018).

O câncer de colo do útero, também chamado de cervical, é o terceiro tipo mais frequente entre as mulheres. Excluindo o câncer de mama, é o mais comum de diagnóstico, seguido do corpo do útero e do ovário. São 530 mil casos novos de câncer de colo de útero por ano no mundo, sendo responsável pelo óbito de 274 mil mulheres por ano, além de ocupar a terceira posição mais frequente de câncer no Brasil (INCA, 2018).

No Brasil, os óbitos por câncer de colo e de corpo uterino são maiores nas regiões Norte, Nordeste e Centro Oeste. Na região Sudeste a terceira e na região Sul a quarta posição dentre os cânceres com maiores taxas de óbitos. A vulva, assim como o colo uterino, apresenta lesões consideradas pré-malignas, onde 10% dessas lesões chegam a desenvolver um câncer de vulva (FERNANDES et al., 2020).

O câncer de endométrio, entre as localizações genitais, ocupa o 1º lugar nos países desenvolvidos. No Brasil, ocupa o 4º lugar. O câncer de endométrio passou a ser considerado o "câncer da mulher idosa", pois com o aumento da expectativa de vida e uso prolongado e indiscriminado dos hormônios estrogênicos para o tratamento do

climatério e da menopausa, esse câncer tem sido frequentemente diagnosticado em mulheres acima de 60 anos (PIOTTO et al., 2020).

O câncer de ovário compõe a lista dos mais comuns cânceres femininos, sendo a quinta causa de morte por câncer no sexo feminino, com mais de 50% dos casos em mulheres acima de 40 anos, com pico ocorrendo nas mulheres de 75 a 79 anos. No Brasil, representa 1,8% de todos os cânceres que acometem as mulheres. Por causa das dificuldades no diagnóstico, a etiologia e patogenia desse câncer ainda não está bem elucidada (BATISTA; CALDAS, 2017; LIMA et al., 2020).

O câncer de vagina tem ocorrência bastante incomum, sendo responsável por 1 a 2% dos casos de tumores ginecológicos no mundo. Apesar da sua baixa incidência, seu risco de morte é acentuado, principalmente em pacientes com mais de 74 anos. É geralmente decorrente de tumores primários que acometem o colo uterino e vulva através de infecções pelo Papilomavírus Humano (HPV), que também está associado a 40% dos cânceres vaginais (LIMA et al., 2020; ADAMS; CUELLO, 2018).

Com uma considerável incidência, os cânceres femininos estão relacionados com tabagismo, hábitos alimentares e de higiene, inatividade física, início da vida sexual e maternidade cada vez mais precoces, múltiplos parceiros sexuais aumentando o risco para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's), uso prolongado e indiscriminado de contraceptivos e hormônios estrogênicos para tratamento da menopausa e climatério, menarca precoce e menopausa tardia, dentre outros fatores (BATISTA; CALDAS, 2017).

Os cânceres femininos têm números alarmantes, apresentando-se como importante problema de saúde pública, principalmente nas regiões menos desenvolvidas. No nosso país, os registros da doença fornecem dados significativos sobre o impacto do câncer nas comunidades, uma preocupação fundamental para o planejamento das ações de prevenção e controle da doença, onde as mulheres devem ser informadas pelas políticas públicas para que possam se conscientizar da importância de conhecer os sinais e sintomas e procurar assistência, em qualquer idade que esteja. Neste sentido, é necessária uma reestruturação quanto à prevenção e as formas de divulgação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para que se obtenha resultados significativos na redução da doença (FERNANDES et al., 2020; SOUSA; MACHADO; SIMÕES, 2017).

### **3.3 Câncer de mama**

O câncer da mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo. O câncer ocorre quando há uma proliferação celular exacerbada, com

multiplicação rápida e desordenada. No Brasil, é o tipo mais comum e representa a principal causa de mortalidade entre as mulheres. Apresenta curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentra a maior parte dos casos entre 45 e 50 anos. (INCA, 2017)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o câncer de mama pode crescer em torno de 45% entre 2007 e 2030, e cerca de 80% dos casos são diagnosticados em estágios mais avançados, dificultando que a paciente apresente bom prognóstico, tendo mastectomia como a medida terapêutica mais indicada (WHO, 2018).

Nos últimos anos, a incidência de câncer de mama em mulheres com menos de 35 anos tem aumentado, mas ainda assim é considerada baixa quando comparado a quantidade de casos em mulheres mais velhas, onde observa-se que 85% dos casos ocorrem após os 40 anos, com pico dos 65 aos 70 anos. Da mesma forma, verifica-se um aumento da demanda de tratamentos como a quimioterapia e radioterapia, e de procedimentos cirúrgicos como mastectomia. Acredita-se que essas taxas continuam elevadas porque a doença continua sendo diagnosticada em estágios avançados (SOUZA et al., 2017).

Somado a isso, existem as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, ausência de serviços especializados em oncologia fora das capitais, falhas nos processos de capacitação oncológica para os profissionais de saúde e uma grande dificuldade por parte das gestões estaduais e municipais em organizarem o fluxo da assistência (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017).

A progressão do câncer de mama é consequente de vários fatores, biológicos e ambientais, com destaque àqueles associados à idade, aspectos endócrinos e genéticos. O câncer de mama associado à hereditariedade (predisposição genética) representa cerca de 5-10% do número total de casos. O conhecimento dos principais fatores de risco e a prática de prevenção passam a ser imprescindíveis para o tratamento e cura da mulher com o diagnóstico da doença (SOUZA et al., 2017; OHL et al., 2016).

É comum que os sinais e sintomas mamários causem medo e ansiedade nas mulheres, que buscam urgentemente um esclarecimento médico para excluir a possibilidade de uma neoplasia. Assim, o diagnóstico precoce do câncer consiste em identificar lesões ainda na fase inicial em mulheres com algum sinal ou sintoma de câncer de mama (retração do mamilo, nódulo na mama e/ou axila, dor mamária e alterações da pele que recobrem a mama, como abaulamentos) e o rastreamento, que é a aplicação sistemática de um exame, em populações assintomáticas, para identificar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer (SARTORI; BASSO, 2019)

Sartori e Basso (2019) afirmam que a história natural do câncer de mama aponta que a trajetória clínica da doença e a sobrevida variam entre as pacientes, dependendo de fatores como a velocidade de replicação tumoral, potencial de metástase do tumor, dentre outros mecanismos que até então não são completamente conhecidos e que podem estar associados com a situação nutricional, hormonal e imunológica da mulher.

O diagnóstico de câncer de mama é feito com base principalmente no exame de mamografia, o qual possui confirmação científica da sua eficiência e confiabilidade em detectar lesões pequenas e impalpáveis, ou ainda em estádios iniciais (RAMALHO et al., 2019).

O câncer de mama costuma ser uma doença bastante assustadora para as mulheres, por causa da sua alta incidência, chances de recidiva, dor, efeitos psicológicos e associação com a morte, temor pela própria imagem corporal (pelo risco de mutilação) aceitação da doença e pelas mudanças irreversíveis que podem causar na sua vida caso o diagnóstico seja confirmado (RODRIGUES et al., 2020).

### **3.4 Doença Trofoblástica Gestacional**

Além dos tumores malignos que acometem as mulheres, é pertinente ressaltar que DTG compõe o grupo dessas neoplasias e inclui várias patologias. A forma não-maligna, engloba a Mola Hidatiforme (MH), que pode ser Mola Hidatiforme Completa (MHC) ou Mola Hidatiforme Parcial (MHP). Já a forma maligna denomina-se Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG) que, por sua vez, se divide em Mola Hidatiforme Invasiva (MHI), Coriocarcinoma, Tumor Trofoblástico em sítio placentário (TTSP) e Tumor Trofoblástico Epitelioide (TTE), ressaltando que as formas benignas têm possibilidade de posteriormente se tornarem malignas (ELIAS et al., 2015).

A DTG compõe o grupo de tumores que se proliferam a partir do epitélio trofoblástico placentário, apresentando múltiplos graus de invasão, reversão e transformação na forma maligna. Além desse alto potencial de malignidade, a DTG causa, na maioria dos casos, grande sofrimento psíquico por envolver perda gestacional, medo da quimioterapia e incertezas quanto à uma futura gravidez (SOARES et al., 2017).

O grupo dessa neoplasia apresenta como manifestação clínica o sangramento vaginal irregular, associado ou não ao atraso menstrual, com um nível extremamente alto da porção beta da gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ -hCG) e, em muitas vezes, em associação com outros sintomas, como pré-eclâmpsia, anemia, hiperêmese gravídica e hipertireoidismo (HAHN et al., 2018).

A MH é a forma mais comum da DTG, possui ocorrência de 1 a cada 1.000 gestações na América do Norte e Europa. Pressupõe-se que no Brasil a incidência seja de 2 a 3 vezes mais. Sabe-se que os extremos da idade reprodutiva (gestantes menores de 14 anos ou maiores de 40 anos) e o histórico de gravidez molar anterior são importantes fatores de risco para DTG. (BRAGA et al., 2019).

Soares et al. (2017) afirma que:

“Dado o diagnóstico de DTG, o tratamento pode ocorrer por esvaziamento uterino por meio da Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) ou elétrica, associando o uso de medicamentos em situações específicas. Após a conduta inicial, deve-se conduzir o seguimento pós-molar, que é fundamental para o diagnóstico precoce de evolução para formas malignas da DTG. Esse seguimento fundamenta-se na interpretação adequada da curva de regressão da fração  $\beta$ -hCG e na conduta imediata em caso de diminuição anômala dos níveis de  $\beta$ -hCG. Apesar de sua importância, contudo, o modo de seguimento pós-molar não é consenso entre os especialistas, o que dificulta a normatização das condutas” (SOARES, et al., 2017, p. 2).

A curetagem não é recomendada como única forma de tratamento por causa da existência de alto risco de perfuração uterina no início da intervenção cirúrgica. As prostaglandinas via vaginal devem ser evitadas, pois acentuam o risco de embolização e disseminação do tecido trofoblástico, agravando a probabilidade de evolução para doença persistente. A quimioterapia profilática com Metrotrexate (MTX) para reduzir a progressão da doença geralmente é realizada em mulheres com alto risco: idade superior a 35 anos, mola hidatiforme completa,  $\beta$ -hCG > 100.000 mUI/mL, altura uterina maior que a esperada para idade gestacional (HAHN et al., 2018).

Um grande desafio na assistência às mulheres com essa neoplasia é o encaminhamento para unidades especializadas em DTG. O Brasil possui um número de centros de referências para a doença muito pequeno, inferior à quantidade de estados. Embora a DTG tenha uma grande complexidade, lamentavelmente ainda é um assunto pouco abordado na área da saúde (MORO, 2020).

### **3.5 Repercussões do câncer na vida da mulher**

De forma geral, o câncer gera grandes impactos – físicos e psicológicos – na vida da mulher que o vivencia. Considerando a dimensão do câncer como problema de saúde pública e as representações da mulher no âmbito familiar, mercado de trabalho e no cenário social, torna-se indispensável desenvolver estudos capazes de investigar os impactos do câncer na vida da mulher (ELIAS et al., 2015).

Receber o diagnóstico e escolher o tratamento gera um forte sofrimento e afeta todo o universo de relações da vida da mulher, levando-a a se aproximar ou se afastar daqueles que a cercam. É comum que os efeitos colaterais do tratamento causem debilidade na saúde da mulher, e afastando-a do trabalho ou mudando de função, o que afeta negativamente sua renda, qualidade de vida e causa um grande estresse social (CASTANEDA et al., 2019).

Logo após a confirmação do diagnóstico, o medo, a incerteza e a angústia se tornem parte do dia a dia da mulher. A indefinição quanto ao futuro, prognóstico da doença, os agressivos efeitos colaterais e até a incerteza do que acontecerá após o tratamento, são questionamentos sempre presentes (SCHNEIDER et al., 2020).

Ansiedade é um dos sentimentos mais frequentes quando se trata de um diagnóstico como o do câncer, pois o descobrimento do diagnóstico faz com que adoecer seja uma ameaça à auto imagem, integridade e bem estar das pessoas. O sentimento de ansiedade vai crescendo conforme as consultas e exames médicos vão acontecendo, e é comum que inicialmente as mulheres neguem a doença. Aceitar sua nova condição e se adequar à nova imagem corporal demandam um grande esforço, o qual muitas mulheres não estão preparadas (BORBA, 2018).

Essa fase de negação faz parte de um grande conflito interno que acontece logo após o primeiro diagnóstico. É a fase onde a paciente e sua família buscam consultar outros profissionais na expectativa de que algum deles possa dar um diagnóstico diferente, até o momento final onde há a aceitação do câncer e início do tratamento, aumentando suas esperanças de alcançar a cura (SENA; NEVES, 2019).

Os sintomas depressivos também são comuns. O risco é maior em pacientes jovens e no primeiro ano após o diagnóstico da doença. Fatores individuais como idade, comorbidade, falta de apoio social e familiar, e estratégias de enfrentamento estão associados à depressão. Sabe-se também que algumas medicações, combinações de quimioterapias, dosagens e duração dos tratamentos aumentam o risco e a intensidade dos sintomas de depressão, causando muitos efeitos adversos associados à piora da qualidade de vida da paciente (DANTAS; SILVA, 2020).

A depressão em mulheres com câncer em estágio mais avançado pode desencadear o desejo de “abreviar a vida” para cessar a dor, ainda que a maioria das delas escolham continuar recebendo cuidado contínuo e alívio dos sintomas, mesmo com o câncer em ascensão (KOCH et al., 2017).

Dentre os cânceres, o de mama é o câncer mais temido pelas mulheres por causa da sua alta gravidade, evolução imprevisível, possibilidade de mutilação, e o medo de se deparar com um corpo que não é mais o mesmo, da percepção da sexualidade e de não parecer mais atraente, medo da possibilidade de recidiva da doença, todas essas incertezas fazem da ansiedade um dos maiores obstáculos para quem enfrenta um câncer (BORBA, 2018).

O câncer é considerado uma doença incurável e com difícil aceitação pela maioria das pessoas. Por isso, o câncer carrega vários sentidos e significados, na maioria deles, negativos. Sendo assim, muitas mulheres tentam amenizar ou enfrentar a doença de outras maneiras. O preconceito da sociedade faz com mulheres escolham manter a doença em segredo, por medo de serem rejeitadas. Por outro lado, algumas mulheres procuram um significado positivo para explicar a doença e tentam encarar como se fosse uma missão de vida (SCHNEIDER et al., 2020).

Diante de todos os impactos que o câncer pode causar na vida da mulher que o enfrenta, e que influenciam significativamente na qualidade de vida e bem-estar da paciente, é fundamental que as políticas de atenção à saúde da mulher esclareçam sobre as repercussões do câncer e trabalhem ajudando as mulheres e seus familiares a encarar e entender melhor a doença. Da mesma forma, é incontestável a importância do desdobramento desta área de pesquisa, para que se garanta um maior apoio e conforto à paciente oncológica (SENA; NEVES, 2019).

### **3.6 Assistência de enfermagem à paciente em tratamento de câncer feminino**

A assistência de enfermagem à mulher em tratamento de um câncer feminino é fundamentada no conhecimento clínico e profissional que objetiva orientar, incentivar o autocuidado e aumentar os resultados positivos, garantindo uma assistência humanizada e individualizada. É importante mencionar que a equipe de enfermagem deve estar direcionada não apenas para o processo de cura, mas que também consiga oferecer uma assistência paliativa e de suporte, tendo em vista o conforto e o restabelecimento integral da mulher, para que esta possa vislumbrar novas possibilidades (PAIVA et al., 2016).

Essa assistência envolve uma série de orientações sobre o tratamento, o início e o tempo de duração e o manejo dos possíveis efeitos colaterais, como a radiodermite (alterações da pele provocadas pela radioterapia), diarreia, náuseas, vômito, fadiga, queda de cabelo, feridas na boca e até infertilidade. A enfermagem deve manter um olhar atento

à todas essas reações adversas, já que são os profissionais com maior contato com as pacientes oncológicas (PRADO et al., 2020).

O cuidado da enfermagem deve ser sólido, de apoio e encorajamento, dando voz e ouvindo a paciente diante do câncer, uma doença que acarreta alterações físicas e psicológicas, onde as mulheres revelam que nesse período o que elas gostariam de receber durante o tratamento é amor, carinho, paciência, atenção e dedicação, pois estão enfrentando um momento extremamente delicado (MELO et al., 2017).

O papel da enfermagem diante dessa situação é ter empatia com a mulher, para além efeitos colaterais do tratamento, mas também nas condições de vida que devem se manter mesmo com o início do tratamento, como ajudá-la a se adaptar às alterações que não podem ser mudadas, ajudá-la a enfrentar a tensão, o medo e a convivência com outras pessoas. É fundamental implementar uma assistência integral e multidisciplinar à essa mulher, com avaliação contínua, participação da família e da paciente na decisão do tratamento, sendo fundamental considerar aspectos éticos, legais, sociais, psicológicos e espirituais que envolvem a questão (PRADO et al., 2020).

O autocuidado deve ser sempre incentivado, pois durante o tratamento e nos casos pós-cirúrgicos, os medicamentos utilizados são fortes, sendo o desânimo para executar as atividades cotidianas um dos efeitos adversos mais comuns, tornando-as mais dependentes para colocar em prática o que antes faziam sozinha, sem precisar de ajuda. O déficit do autocuidado pode gerar o sentimento de inferioridade e inutilidade (PAIVA et al., 2016).

## **4 PERCURSO METODOLÓGICO**

### **4.1 Tipo de estudo**

O estudo proposto é do tipo qualitativo, descritivo e exploratório. O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total, tendo em vista que a pesquisa qualitativa busca abarcar a intensidade e não apenas a extensão do fenômeno estudado, e que a abordagem exploratória corresponde às pesquisas que permitem a formulação de questões, aumentando a familiaridade do pesquisador com o objeto de estudo (MINAYO, 2012; SOUZA, 2019).

### **4.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA), localizado na cidade de Maceió, em Alagoas. O HUPAA é um órgão suplementar da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) e vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). O atendimento do CACON do HUPAA segue os parâmetros do SUS, sendo reconhecido como instituição de referência no atendimento em oncologia, em instância federal e estadual.

### **4.3 Participantes do estudo**

Participaram do estudo 20 mulheres vivenciando o processo de enfrentamento do câncer feminino, em atendimento de quimioterapia ou aguardando atendimento (quimioterapia, radioterapia ou consulta médica) na sala de espera do CACON do HUPAA.

De acordo com Minayo (2017), existem consensos e controvérsias no meio científico no que se refere ao número de participantes em pesquisas qualitativas, pois sabe-se que as informações apresentadas pelos participantes – de acordo com a temática e condições observadas – podem apresentar o conjunto.

Para Ribeiro, Souza e Lobão (2018), há uma possibilidade de saturação teórica em estudos com 8 a 15 participantes entrevistados, podendo variar para mais. Uma amostra qualitativa ideal deve refletir em quantidade e em intensidade as imensuráveis dimensões do fenômeno estudado. Dessa forma, o número de participantes tem menos importância

que o empenho do pesquisador em enxergar todas as possibilidades de se aproximar do objeto empiricamente, observando todas as suas dimensões e interconexões.

#### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

O estudo incluiu mulheres maiores de 18 anos, em tratamento para câncer feminino no CACON durante a coleta de informações. Foram excluídas do estudo: mulheres que estivessem passando por algum estresse emocional e/ou debilidade que as impossibilitem de participar do estudo no momento da coleta de informações, e mulheres que apresentaram dificuldades de interação com os instrumentos de pesquisa.

#### **4.5 Aproximação com as participantes**

A aproximação da pesquisadora com o campo de pesquisa aconteceu primeiramente através dos diretores da unidade para solicitação de autorização quanto à realização do estudo. Após autorizado, foi disponibilizada uma relação nominal das mulheres maiores de 18 anos que estavam em tratamento para câncer feminino, agendadas para consulta médica, radioterapia ou quimioterapia durante o período de coleta de informações. Para isso, a pesquisadora frequentou o cenário do estudo, para aproximação da pesquisadora e melhor abordagem às participantes.

Após identificação da pesquisadora, todos os esclarecimentos e apresentação da pesquisa foram realizados. As mulheres convidadas que aceitaram participar voluntariamente foram informadas sobre todas as etapas do estudo, com a possibilidade de desistência a qualquer momento, quando lhe aprouver. Após a leitura e assinatura do TCLE, as entrevistas foram iniciadas, individualmente e por ordem de aceitação.

#### **4.6 Coleta de informações**

As abordagens qualitativas oferecem condições para que se possa compreender, decodificar, explicar e, ainda, enfatizar a multiplicidade do campo de estudo, realizando essa ampla compreensão por meio do contato direto com a situação investigada. Os estudos qualitativos exigem que o pesquisador faça uma integração de vários métodos e técnicas para se aproximar ao máximo da realidade que se está estudando (LEITE, 2017).

A entrevista como coleta de informações sobre um determinado fenômeno é uma técnica utilizada no processo de trabalho de campo. Por meio dela o pesquisador busca

coletar dados objetivos e subjetivos. Considera-se a entrevista como uma modalidade de interação entre duas ou mais pessoas (BATISTA; MATOS; NASCIMENTO, 2017).

Dessa forma, utilizou-se a entrevista para obter dados objetivos e subjetivos, que se referem diretamente à entrevistada, refletindo suas ideias, crenças, sentimentos e condutas. A entrevista foi realizada individualmente com as mulheres incluídas no estudo, utilizando formulário semiestruturado.

Para Minayo (2012) essa é uma forma de entrevista que se articula entre as modalidades não-estruturada e estruturada, ou seja, aquela que aborda o tema livremente e é executada com perguntas já elaboradas, permitindo uma organização flexível e ampliação dos questionamentos à medida que as informações vão sendo fornecidas pelo entrevistado.

A coleta de informações junto às participantes do estudo ocorreu do período de janeiro de 2021 a março de 2021, e foi feito por meio de entrevista semiestruturada de forma individual com uso de gravador e utilização de um formulário constituído por duas partes: a caracterização das participantes (dados sociodemográficos, informações sobre o câncer e o estado de saúde da mulher), e também por questões abertas quanto ao tema, com perguntas norteadoras para investigação das representações sociais (APÊNDICES B e C).

#### **4.7 Procedimentos e aspectos éticos**

O presente estudo cumpriu com as Resoluções Éticas Brasileiras, seguindo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que regulamenta a realização de estudos envolvendo seres humanos; a Resolução CNS 510/2016, que regulamenta os procedimentos metodológicos que envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, e teve seu início após aprovação, com o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 23846919.5.0000.5013.

Após uma primeira apresentação, as participantes do estudo foram convidadas pela pesquisadora a participarem do estudo, e aquelas que aceitaram participar voluntariamente foram informadas sobre todas as etapas do estudo, com a possibilidade de desistência a qualquer momento, quando lhe aprouver.

A aceitação do convite para participar do estudo foi formalizada com a assinatura por parte das participantes e da pesquisadora do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), em duas vias, ficando mantida a confidencialidade das informações, onde as informações divulgadas garantiram a não identificação das mulheres incluídas no estudo. As falas descritas foram identificadas com pseudônimos (nome de cores) na análise das informações qualitativas, para garantir o sigilo e anonimato das participantes. Os resultados obtidos serão utilizados para publicação científica.

#### **4.8 Tratamento e análise das informações coletadas**

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para facilitar a reflexão sobre o tema abordado. Após as transcrições, as informações foram submetidas à análise de conteúdo fundamentada na técnica de Análise de Conteúdo, modalidade temática descrita por Bardin como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, através de três passos: 1 - A pré-análise; 2 - A exploração desse material; e 3 - O tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2016).

Dessa forma, as informações resultantes da coleta foram transcritas na íntegra e lidas minuciosamente sucessivas vezes para aproximação dos conteúdos das falas, em busca dos elementos que revelassem as representações sociais apresentadas por cada uma das participantes entrevistadas.

As entrevistas foram comparadas e categorizadas pelas semelhanças de conteúdo, que de acordo com Bardin, é uma técnica de análise das comunicações, onde se analisa o que foi dito nas entrevistas categoriza-se as falas das participantes através de um recorte dos temas e em seguida tabula-se a frequência com que aparecem (BARDIN, 2016).

A pré-análise consiste na fase de organização do material coletado, com o objetivo de construir o corpus do estudo: conjunto dos documentos para serem submetidos aos procedimentos analíticos. A fase de exploração do material é onde o corpus é estudado mais profundamente, com o objetivo de estabelecer as unidades de registro e unidades de contexto, orientado pelas hipóteses e pelo referencial teórico, buscando sínteses coincidentes e divergentes de ideias. A fase de exploração do material é a fase de análise propriamente dita, onde a reflexão, a intuição, com base em materiais empíricos, estabelecem relações com a realidade, aprofundando as conexões das ideias (MENDES; MISKULIN, 2017).

## 5 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico utilizado para discussão das categorias que emergiram das falas será a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta pelo psicólogo social francês Serge Moscovici, que consiste em saber como se constroem as representações, como se dá à incorporação do novo, do não familiar, aos universos consensuais. Esta escolha se justifica por considerar que esta teoria permite a integração das características objetivas do objeto, as experiências prévias do indivíduo e o sistema de normas e valores (MOSCOVICI, 2013).

### 5.1 Considerações históricas

O primeiro teórico a falar em representações sociais como “representação coletiva” foi Émile Durkheim, denominando a especificidade do pensamento social em relação ao pensamento individual. Para Durkheim (1978), o pensamento individual seria um fenômeno unicamente psíquico, mas que não se reduziria à atividade cerebral, e o pensamento social não se resumiria à soma dos pensamentos individuais (DURKHEIM, 1978, p. 23; MOSCOVICI, 1978, p. 25).

Durkheim distinguia o estudo das representações individuais do estudo das representações coletivas: o estudo das representações individuais seria do domínio da psicologia, e o estudo das representações coletivas ficaria a cargo da sociologia.

A discussão inicial de Durkheim sobre representações coletivas foi crucial para que Moscovici buscasse na sociologia um contraponto para a perspectiva individualista da psicologia social. O termo “representações sociais” foi descrito por Moscovici em 1961, com a obra *La Psychanalyse: son image et son public*. Porém, foi preciso mais de 20 anos de muito trabalho intelectual para a apresentação da teoria no livro *Social Cognition*, em 1984, e assim definir melhor o conceito de representações sociais (REIS; BELLINI, 2011).

Em 1961, Moscovici lançou um novo campo de estudo na psicologia social ao eleger como objeto de investigação o conhecimento de senso comum. Moscovici defendeu a visão de que a psicologia social é uma abordagem, e que a disciplina não pode ser definida por uma teoria, uma corrente, um objeto ou um método, pois a psicologia social se interessa pelos fenômenos de ideologia e comunicação (JESUÍNO, 2014).

A partir de 1976 a ciência e a tecnologia, através da divulgação científica, passaram a ocupar um lugar cada vez mais importante e inclusivo nas sociedades

contemporâneas mais desenvolvidas, o que levou Moscovici a considerar que o fenômeno das representações sociais constitui algo de específico, não apenas enquanto processo psicossociológico, mas também enquanto fenômeno histórico. Em 1961 ainda não se ouvia falar da “era das representações sociais”, mas a partir de 1976 os contornos da tese começaram a surgir (JESUÍNO, 2014).

A Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici, apresentada por ele em sua segunda obra, preocupa-se, sobretudo, com a inter-relação entre sujeito e objeto e como se dá o processo de construção do conhecimento, ao mesmo tempo individual e coletivo na construção das Representações Sociais, um conhecimento de senso comum (CRUSOÉ, 2004).

Entretanto, Moscovici defendia que a representação social deve ser encarada “tanto na medida em que ela possui uma contextura psicológica autônoma como na medida em que é própria de nossa sociedade e de nossa cultura”. Moscovici buscava se opor às visões que irracionalmente convergem para o mesmo ponto, de que o conhecimento de senso comum é irracional e deveria ser desacreditado. Com a TRS o conhecimento do senso comum é elevado a objeto de estudo da ciência, deixando de figurar como primitivo e elemento de menor importância (MOORE, 2015).

Moscovici, em 2013, afirma que:

“Ao se colocar um signo convencional na realidade, e, por outro lado, ao se prescrever, através da tradição e das estruturas imemoriais, o que nós percebemos e imaginamos, essas criaturas do pensamento, que são as representações, terminam por se constituir em um ambiente real, concreto. Através de sua autonomia e das pressões que elas exercem (mesmo que nós estejamos perfeitamente conscientes que elas não são “nada mais que ideias”), elas são, contudo, como se fossem realidades inquestionáveis que nós temos que confrontá-las” (MOSCOVICI, 2013, p. 40).

Dessa forma, desfaz-se a dicotomia sujeito-objeto, interno-externo, indivíduo-sociedade, pois estes estão interligados pelo fenômeno das representações sociais ao mobilizar elementos psicológicos (como cognição, imaginação, afeto e memória) e elementos sociais (cultura, história, linguística) entrelaçando-os e quebrando então estas dicotomias (MOORE, 2015).

## **5.2 Uso da Teoria das Representações Sociais**

Moscovici interessava-se não apenas em compreender como o conhecimento era produzido, mas principalmente em analisar seu impacto nas práticas sociais, no processo

social de produção de conhecimento, no conceito de sociedade e na discussão sobre as representações sociais. Em suas próprias palavras, interessou-se no “poder das ideias” de senso comum, isto é, na investigação de como e por que as pessoas compartilham o conhecimento e dessa forma constituem sua realidade comum, e de como isso transforma ideias em práticas (OLIVEIRA, 2004).

A TRS aborda um processo no qual o social e o individual interagem entre si planejando, por meio de elaborações sociais, uma realidade pautada em objetos. A representação é um processo social onde a criação social é organizada e estruturada por meio das representações sociais. Representar não é um processo simples. Além da imagem, a representação traz sempre um sentido simbólico (SALAZAR; SILVA, 2014; REIS; BELLINI, 2011)

A comunicação e a linguagem se baseiam em vários tipos de tensão entre as pessoas que falam e as que ouvem (falantes e ouvintes), essenciais para conceituar representações sociais. Representações são formadas, mantidas e mudadas na e por meio da linguagem e da comunicação e, da mesma forma, o uso de palavras e atributos ligados aos sentidos transforma as representações sociais (MARKOVÁ, 2017).

Nesse contexto, as relações que ocorrem entre o indivíduo e o seu grupo social, são o produto de explicações que se originam por meio das comunicações entre indivíduos na vida cotidiana. São definidas como formas de conhecimento prático e se inserem, mais especificamente, entre as correntes que estudam o conhecimento do senso comum. Há muito debate sobre o conceito de representações sociais, sua gênese, sua estruturação, sua dinâmica e possibilidade de mudança (REIS; BELLINI, 2011).

Segundo Marková (2017), a TRS pressupõe a transformação de um tipo de conhecimento em outro, e quando se refere a vários tipos de conhecimentos transformados está relacionado às condições sócio históricas e culturais específicas. Não é algo progressivo para “formas superiores de conhecimento” ou “representações mais adequadas”, pois relaciona conhecimentos e ideias novas que se apresentam ao sujeito, com valores, conceitos e teorias preexistentes e internalizadas na cultura, buscando a construção de uma realidade comum a um conjunto social.

A TRS abre espaço para a compreensão de como o saber social interfere na cognição individual e vice e versa. As representações sociais são imagens, ideias, símbolos e conceitos do dia a dia que expressam um conhecimento social. A partir da interação social, o saber da vida cotidiana é compartilhado com outros membros do grupo,

levando a crenças, valores, normas que regem e interferem na vida em sociedade (JODELET, 2001).

Oliveira e Werba (2003) acrescentam que para a análise das Representações Sociais há três níveis de compreensão:

- Nível fenomenológico: no qual as representações sociais são objetos de investigação. Esses objetos são elementos da realidade social, são modos de conhecimento, saberes do senso comum que surgem e se legitimam na conversação interpessoal cotidiana. Têm como objetivo compreender e controlar a realidade social;
- Nível teórico: é o conjunto de definições conceituais e metodológicas, construtos, generalizações e proposições referentes às representações sociais;
- Nível metateórico: é o nível das discussões sobre a teoria. Neste expõem-se os debates e as refutações críticas aos postulados e pressupostos da teoria comparando-a com modelos teóricos de outras teorias.

Moscovici sugere que seu interesse não é em estabelecer uma teoria ‘forte e fechada’, mas uma perspectiva para se poder compreender os fenômenos mais diversos e objetos do mundo social, voltado à complexidade do mundo social e aos seres humanos no contexto mais amplo das relações sociais (REIS; BELLINI, 2011).

Nesse sentido, a construção das representações envolve dois processos formadores: a ancoragem e a objetivação. Por meio deles, é possível identificar e apreender os conhecimentos difundidos nas diversas relações sociais existentes.

O objeto de investigação da TRS é o conhecimento que se elabora e difunde entre os sujeitos sociais, representado através de suas práticas e das teorias que elabora. Com o objetivo de obter um conhecimento adequado sobre os fenômenos na representação social, três abordagens teóricas foram desenvolvidas: cultural, societal e estrutural. Essa diversidade de instrumentos se dá, pois, cada abordagem se adequa melhor às especificidades do fenômeno estudado, no entanto, todas são complementares aos pressupostos teóricos de Serge Moscovici (BERTONI; GALINKIN, 2017).

Os mesmos autores comentam que muitas vezes, a TRS recebe críticas pela diversidade de desdobramentos teóricos em sua complexidade. Porém, a possibilidade de se pesquisar os fenômenos das representações sociais por meio de diferentes métodos de pesquisa é uma das características desta teoria (BERTONI; GALINKIN, 2017).

Segundo Jodelet (2001), através da abordagem cultural (sociogenética) seria possível apresentar uma nova perspectiva metodológica, integrando ambas concepções, as quais, compreendem as representações como processos pelos quais os indivíduos constroem e interpretam sua vida e o mundo onde estão inseridos, permitindo a integração de fatores sociais e culturais na compreensão das relações e representações que se constroem a partir daí. Dessa forma, se as representações sociais são saberes do senso comum, construídos nas relações entre os indivíduos de um grupo social, pode-se dizer que as representações nascem em uma determinada cultura, se diferenciando conforme diferentes grupos culturais.

A mesma autora destaca a vitalidade, a transversalidade e a complexidade como três particularidades da representação social e do tratamento dos fenômenos que ela busca explicar. Ao mencionar esta fluidez conceitual, ela remete à diversas iniciativas empíricas e conceituais, articulando a concepção psicossociológica com as de outras disciplinas teóricas, gerando múltiplas e ricas interpretações e inúmeros avanços teóricos.

Assim, a transversalidade é a contribuição mais promissora dessa abordagem, e está relacionada com a articulação dos estudos psicossociológicos da representação com diversos campos de pesquisa; já a complexidade relaciona-se à compreensão do funcionamento psíquico do indivíduo e do funcionamento do sistema social, a medida em que se busca definir como estes afetam e são afetados pelas representações (TOMÉ & FORMIGA, 2020).

A abordagem societal tem como principal teórico Willen Doise (2002), que problematiza a divisão entre as explicações “psicológicas” e “sociológicas” existentes na Psicologia Social, e acredita que a TRS vai além dessa dicotomia, pois seus objetos de estudos se situam no espaço de conexão entre o indivíduo e o coletivo, admitindo explicações tanto em nível sociológico quanto psicológico, pois o objetivo da abordagem societal é justamente abranger as diversas dimensões da relação indivíduo-coletivo, centrando-se nos estudos de interação social.

Para este autor, o conteúdo das representações é justificado pela articulação das relações entre os grupos, mantendo a especificidade e a identidade de cada um. O objetivo desta abordagem é conectar o indivíduo ao coletivo, mostrando como ele dispõe de processos que lhe permitem conviver em sociedade, com dinâmicas sociais interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais, que orientam o funcionamento desses processos, comprovando que as dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de

valores e de crenças gerais), orientam os processos que os indivíduos possuem para viver em sociedade.

Dentro da abordagem estrutural, Jean-Claude Abric – teórico desta abordagem, desenvolveu a Teoria do Núcleo Central, como ferramenta para compreender a estrutura das representações sociais. O foco deste autor se dá na dimensão cognitivo-estrutural das representações, onde toda representação social está organizada em torno de um núcleo central e um sistema periférico, que determina a significação e organização da representação (BERTONI; GALINKIN, 2017).

### 5.3 O conceito de representações sociais

Mas afinal, qual o conceito de representações sociais? Moscovici (2013) definia as representações sociais como um processo que possibilita a articulação entre as dimensões subjetivas e objetivas da sociedade, onde a produção de sentido sobre determinado fenômeno social é materializada no cotidiano de vida dos indivíduos. É o resultado das interações e comunicações no interior dos grupos sociais, refletindo a situação de cada pessoa no que se refere aos assuntos que são objeto do seu dia a dia.

Etimologicamente, a palavra ‘representação’ deriva do latim ‘*repraesentare*’ – ‘fazer presente’ ou ‘apresentar de novo’. Desta forma, pode-se conceituar a representação como o ato de fazer presente uma ideia, coisa ou pessoa que esteja ausente fisicamente em determinado contexto (REIS; BELLINI, 2011).

Dessa forma, a TRS pode ser definida como conjunto de conhecimento construído e compartilhado por um grupo social e tem por finalidade principal tornar algo que, inicialmente é estranho, em algo familiar (WERBA; SCHUTZ, 2018).

Guareschi (1996) apresenta três elementos ligados à ideia de Representação Social:

1. É um conceito dinâmico e explicativo, tanto da realidade social, como física e cultural, e que possui uma dimensão transformadora e histórica;
2. Reúnem aspectos ideológicos: culturais, cognitivo e valorativo;
3. É um conceito relacional e social, presentes nos meios e nas mentes, se constitui numa realidade presente nos objetos e nos sujeitos.

O estudo das representações sociais implica em analisar o que pensam os indivíduos e a maneira como pensam. Um estudo das representações sociais é um estudo de conteúdos e processos. Existem ainda dois processos importantes nas representações

sociais que explicam a transformação de conteúdos não familiares em familiares, do saber científico em conhecimento do senso comum: a ancoragem e a objetivação, já mencionados anteriormente. Moscovici se refere à ancoragem como se fosse um bote perdido ancorado a um poste sinalizador de nosso espaço social (MOSCOVICI, 2013).

“Trata-se de tomar algo estranho e perturbador e transformá-lo através de nosso sistema particular de categorias, comparando-o com uma categoria considerada apropriada. Ao promover essa comparação com um objeto conhecido e dominado, esse novo objeto, então estranho e ameaçador, passa a adquirir características da categoria utilizada na comparação e é reajustado para se enquadrar na nova categoria. Ancorar é então um processo de classificar e nomear, pois algo que não possui nome e não está classificado não existe, é estranho e ameaçador. Desta forma representar é fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, de alocação de categorias e nomes” (MOSCOVICI, 2013, p. 68).

Almeida & Santos (2011) trazem que a objetivação significa tornar concreto algo abstrato, privilegiando certas informações em detrimento de outras, simplificando a informação, ganhando compreensão. É um processo pelo qual as pessoas ou grupos de pessoas acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis do seu cotidiano, aos novos esquemas conceituais que se apresentam e com os quais têm de lidar. A objetivação reproduz uma ideia abstrata a uma imagem concreta, elaborando um conceito.

De maneira geral, há muito debate sobre o conceito de representações sociais, sua gênese, sua dinâmica, sua estruturação e a possibilidade de mudança. Por ter um importante papel na construção da realidade social, as representações sociais estão presentes em tudo que cerca o indivíduo, dando apoio às práticas de diferentes grupos sociais na construção e propagação tanto do conhecimento coletivo quanto individual, bem como a definição de identidades sociais e pessoais e suas respectivas expressões (CAVALCANTI, 2020).

As representações sociais, além da teoria, também possibilitam métodos de trabalhos e de pesquisas, que podem ser empregues em diversas áreas científicas. A TRS nos permite trabalhar a historicidade do espaço, suas formas e seus conteúdos, e a objetivação, classificar, recortar e compreender a descontextualização dos discursos e ideologias. São “estruturas presentes” antes que comecemos a pensar, e, portanto, são produtos de elaborações de mudanças que ocorrem ao longo do tempo e de um grupo social para outro (REIS; BELLINI, 2011).

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Para facilitar a compreensão após a análise, a apresentação das informações deste estudo foi dividida em dois momentos: o primeiro refere-se à caracterização das participantes da pesquisa e o segundo aborda as categorias temáticas que emergiram após a análise do conteúdo na perspectiva de Bardin.

### 6.1 Caracterização das participantes

Foram entrevistadas 20 mulheres vivenciando o processo de enfrentamento do câncer feminino, as quais foram categorizadas de acordo com dados sociodemográficos e perfil clínico da doença, representados por faixa etária, estado civil, etnia, religião, escolaridade, tipo de câncer, tempo de tratamento, histórico de câncer na família e origem do encaminhamento.

Tabela 1: Caracterização das mulheres vivenciando o processo de enfrentamento do câncer feminino segundo faixa etária, estado civil, etnia, religião e escolaridade. Maceió/Alagoas, 2021.

	<b>Características</b>	<b>Número (n=20)</b>
<b>Faixa etária</b>	20 a 29 anos	1
	30 a 39 anos	3
	40 a 49 anos	9
	50 a 59 anos	4
	60 a 69 anos	3
<b>Estado civil</b>	Solteira	5
	Casada	8
	União estável	4
	Divorciada	2
	Viúva	1
<b>Etnia</b>	Amarela	1
	Branca	3
	Negra	9
	Parda	7
<b>Religião</b>	Católica	12
	Evangélica	7
	Espírita	1
<b>Escolaridade</b>	Ens. Fund. Inc.	10
	Ens. Fund. Comp.	5
	Ens. Médio Inc	3
	Superior incompleto	1
	Superior completo	1

**Fonte:** Dados provenientes da coleta de informações realizada pela pesquisadora.

Tabela 2: Caracterização das mulheres quanto ao perfil clínico do câncer, segundo tipo de câncer, tempo de tratamento, histórico de câncer na família e origem do encaminhamento. Maceió/Alagoas, 2021.

	<b>Características</b>	<b>Número (n=20)</b>
<b>Tipo de câncer</b>	Câncer de mama	14
	Câncer de colo de útero	4
	Câncer de útero	1
	Câncer de ovário	1
<b>Há quanto tempo realiza tratamento</b>	0 a 3 meses	16
	4 a 6 meses	3
	< 6 meses	1
<b>Histórico de câncer na família</b>	Sim	13
	Não	7
<b>Origem do encaminhamento</b>	SUS	15
	Não SUS	5

**Fonte:** Dados provenientes da coleta de informações realizada pela pesquisadora.

De acordo com a Tabela 1, a maioria das participantes está fora da faixa etária de idade fértil, são casadas, católicas e possuem baixa escolaridade. Estes achados representam o perfil do câncer feminino em nosso país também ressaltado por Mascarello et al. (2012), onde aponta que a doença vem se mostrando, além de um problema de saúde, um problema também de ordem socioeconômica mundial, sendo responsável por um grande número de mortes no mundo.

Quanto a faixa etária, a maioria das mulheres entrevistadas tinha idade superior a 40 anos, apontada pelo INCA (2017) como sendo a idade de maior prevalência para o câncer de mama, colo de útero e corpo de útero. O câncer de mama é raro antes dos 30 anos de idade, enquanto o de colo do útero geralmente acomete mulheres com idade entre 30 e 50 anos.

A predominância da etnia negra diverge de outro estudo realizado por Dias et al. (2021), que encontrou maior proporção de casos de câncer feminino em mulheres brancas. Porém, a característica etnia deste estudo não é autodeclarada. A etnia deve ser utilizada como marcador social demográfico de desigualdade em saúde, apontando mais quais fatores ambientais a mulher está mais exposta, do que aos fatores genéticos.

A saúde não deve ser entendida como a ausência da doença. Por isso, quando se trata de saúde, há necessidade de considerar a transversalidade de aspectos como a pobreza, desigualdade e racismo. Lamentavelmente, o racismo é um dos fatores que determina o acesso ao cuidado em saúde no nosso país. Vários estudos que abordam a desigualdade em saúde da mulher no Brasil têm revelado que mulheres negras, quando

comparadas às brancas, apresentam múltiplas desvantagens sociais, principalmente no acesso e utilização dos serviços de saúde (DOMINGUES et al., 2013; NASCIMENTO, 2018).

Essa desigualdade é reflexo de fatores estruturais, como condição socioeconômica e escolaridade. A discriminação racial e de gênero repercute negativamente na aproximação, inserção e permanência das mulheres negras nos serviços de saúde, estando mais susceptíveis a tratamentos inadequados e ações falhas e insuficientes de cuidado e prevenção em saúde.

Vale ressaltar que, a baixa escolaridade e a baixa condição socioeconômica são fatores sociais que influenciam na detecção precoce das neoplasias, pois a falta de informação das mulheres e a dificuldade de acesso à uma assistência de saúde de qualidade dificulta a identificação dos sinais e sintomas do câncer feminino, que em muitas vezes só é diagnosticado em estágio avançado (DIAS et al., 2021).

O câncer de mama foi o tipo de câncer mais encontrado nas mulheres deste estudo, dados que testificam as informações divulgadas pela OMS, que apontam o câncer de mama como o tipo que mais acomete as mulheres, responsável por 23% do total de casos de câncer no mundo. No Brasil, é a neoplasia de maior incidência e a primeira causa de morte de câncer na população feminina (WHO, 2018).

O perfil apresentado para o câncer de colo de útero corrobora com os dados nacionais, sendo o segundo tipo de câncer mais encontrado neste estudo e no Brasil. A faixa etária em que o CCU se desenvolve em geral é menor que a de outros cânceres femininos, sendo a média de idade de diagnóstico 48 anos. A estimativa de novos casos de câncer de colo do útero esperados para o Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, é de 16.590, com um risco estimado de 15,43 casos a cada 100 mil mulheres. Excluindo os tumores de pele não melanoma, o CCU é o segundo mais incidente nas Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (INCA, 2019).

A maioria das mulheres entrevistadas afirma ter histórico de casos de câncer na família. O histórico familiar da doença é um dos principais fatores epidemiológicos de risco para o desenvolvimento de alguns cânceres femininos. Estudos demonstram que a mutação nos genes *Breast Cancer 1* (BRCA1) e *Breast Cancer 2* (BRCA2) conduzem ao câncer de mama e de ovário em mulheres, comprovando a predisposição hereditária (COELHO et al., 2018).

Quanto à origem do encaminhamento, a maioria das entrevistadas foi encaminhada pelo SUS. No que diz respeito ao câncer, o SUS tem buscado se estruturar,

tanto do ponto de vista organizacional, quanto de recursos humanos. Apesar de ainda existirem lacunas, os programas de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer feminino vêm ganhando grande proporção e planejamento, a fim de alcançar uma rede de serviços compatível com a demanda, favorecendo um diagnóstico e tratamento em tempo hábil (KALIKS et al., 2017).

## 6.2 Representações sociais frente ao significado do câncer

Os significados que as mulheres atribuem ao câncer feminino refletem as imagens negativas que surgem no imaginário social, assim como as condições objetivas e subjetivas que cada mulher vivencia. As informações que as participantes possuem acerca do câncer são dados que devem ser estudados uma vez que trazem consequências para a representatividade na vida destas mulheres e do grupo em que estão inseridas, informações estas que também influenciam nas tomadas de decisões para a prevenção, identificação de sinais e sintomas, cuidado, e realização do tratamento (LIMA et al., 2016).

Os relatos demonstraram que, ao serem questionadas sobre o que é o câncer, das 20 participantes que responderam ao questionário, a maioria relatou não saber de nada sobre a doença, enquanto das que referiram conhecimento apenas duas apresentaram ter alguma informação sobre a patologia, conforme apresentado nos discursos a seguir:

É uma doença muito séria, né? Mexe com tudo no corpo da pessoa, em todas as células, e na cabeça também. As células ruins começam a se multiplicar muito rápido, a pessoa fica com muita dor, muito cansaço... (LILÁS).

Eu acho que é uma doença muito difícil, a cura... Tem muitos tipos. Começa com um carocinho, uma coisinha, e depois vai aumentando, as células aumentando, se multiplicando. E tem a questão da família também, esqueci como é que fala, de que se tiver caso na família, você pode ter [câncer] também (AMARELO).

Os relatos se mostram semelhantes aos achados de um outro estudo realizado por Lima & Irigaray (2019), com 220 pacientes oncológicos, predominantemente mulheres, que apesar de terem a doença, detinham pouco ou nenhum conhecimento acerca da patologia. O conhecimento sobre a doença é especialmente importante quando se refere a uma doença crônica, como o câncer, onde a falta de informação acaba tornando-se uma vulnerabilidade (HELGESON; ZAJDEL, 2017).

As doenças crônicas exigem disciplina e conhecimento para que uma série de comportamentos saudáveis aconteçam, como tomar a medicação, seguir dietas, praticar

exercícios físicos e ir às consultas de acompanhamento. Esses comportamentos são necessários para controlar ou impedir o progresso a doença, e diminuir seus efeitos colaterais e interferência na vida diária, permitindo que o paciente tenha uma vida semelhante à anterior ao diagnóstico (HELGESON; ZAJDEL, 2017).

A falta ou pouco conhecimento sobre a patologia encontrado neste estudo pode estar associada a baixa escolaridade das entrevistadas. Evidências apontam que pessoas com menos tempo de estudo apresentam menor tendência a buscar informações e adultos com alfabetização limitada são menos propensos a fazer perguntas aos clínicos e possuem dificuldades na compreensão da informação apresentada (HUSSON et al., 2013).

Marková (2017) explica que na Teoria das Representações Sociais a realidade é dividida entre o universo consensual e o universo reificado, sendo o consensual formado pelo senso comum e o reificado formado pelo conhecimento e os saberes científicos. Dentro deste contexto, observa-se uma união desses dois universos revelada nas falas das entrevistadas ao expressarem seus saberes acerca do câncer, baseando-se no saber coletivo somado ao conhecimento científico.

As representações sociais são compreendidas como as opiniões individuais construídas, reelaboradas e redimensionadas à um determinado objeto social, influenciado pela história de vida de cada indivíduo, sofrendo influência do contexto de produção e se diferenciando entre os grupos, dependendo do modo como ocorre o processo de difusão entre os diferentes segmentos culturais que compõem as sociedades.

Afim de desvelar essas representações sociais e como a objetivação e ancoragem da doença aparecem na formação dessas representações, questionou-se as mulheres o que representa ter câncer para elas:

Representa muito sofrimento, os exames, a quimioterapia, tudo. O que mais a gente vê é o povo morrendo com essa doença (VERDE).

Um castigo, no começo eu não aceitava. Meu menino achou que eu ia morrer, e eu também achei. Eu sentia muita dor, foi aumentando, até hoje [...] só depois quando eu fui fazendo os exames, foi que eu me acalmei mais (AZUL)

É muita dor, minha filha, muito sofrimento (VERMELHO).

Ao serem questionadas sobre o que representa ter câncer, foi possível observar que o significado socialmente construído se sobrepõe ao conhecimento científico, como também a emoção se sobrepõe a razão, pois observa-se que na maioria dos relatos o câncer aparece como sinônimo de fim da vida e sofrimento intenso. Diante de tudo que

se escuta quando o assunto é câncer, e do prognóstico muitas vezes negativo da doença, a representação social construída pelas mulheres desse estudo são sinônimos de castigo e dor, uma ameaça que vai além da saúde: uma ameaça a vida.

É através das falas, gestos e comportamentos que as pessoas expressam os significados atribuídos e o conhecimento cotidiano, compartilhando os seus pensamentos, ideias e conseqüentemente criando um novo conhecimento científico, onde ambos devem ser considerados sem que haja a prevalência de um ou de outro, mas sim uma fusão deles, pois os dois fazem parte das representações sociais (FURTADO et al., 2016).

Para Lobo & Werneck (2018), esse fenômeno ocorre ao passo que a representação social toma o lugar da ciência ao mesmo tempo que é constituída por ela, pois passa a fazer parte do saber dos indivíduos e é incorporada na sua cultura se tornando parte do coletivo, do senso comum. A objetivação, neste contexto, está relacionada ao conhecimento distorcido da sociedade sobre o câncer, que muitas vezes tem cura e prognósticos positivos.

### **6.3 Representações sociais das mulheres frente ao diagnóstico**

A forma como a mulher recebe o diagnóstico do câncer feminino traz importantes significados sobre as representações da doença, pois é neste momento em que o diagnóstico, até então desconhecido, passa a se tornar familiar, refletindo o destaque do objeto em questão e o sentido atribuído através dos processos de objetivação e ancoragem.

Desse modo, considerando que a condição em que as mulheres se encontravam antes do diagnóstico era de saúde, fez-se necessário conhecer como foi para cada mulher receber a notícia da doença, para assim conhecer as representações sociais que o diagnóstico traz. Segundo Moraes et al. (2013), a representação social sofre influência do meio onde ocorreu a objetivação, ao passo que sofrerá influência do mesmo, tornando-se esse um novo ponto de partida, pois será onde foi revelada. Assim, ao serem questionadas sobre como foi para elas receber o diagnóstico, as mesmas expressaram:

Ruim. Chorei muito, entrei em desespero [...] eu fiquei sem acreditar que tava acontecendo comigo (ROSA).

Foi horrível [...] porque o tempo todo eu tava acreditando que não era maligno (LILÁS).

Eu fui a última a saber. A primeira coisa que veio na minha cabeça foi “pronto, vou morrer”. Pensei nos meus filhos, na minha mãe (PRETO).

O câncer feminino continua sendo uma das enfermidades que mais provoca receio na sociedade, devido às frequentes representações negativas associadas à doença (FURTADO et al., 2016). Todas as mulheres relataram que ao receber o diagnóstico, os primeiros sentimentos foram negativos. Quando diante do diagnóstico de câncer, as entrevistadas afirmam sentimentos de desespero e de descrença frente à possibilidade de enfrentar a doença.

O fato de as representações sociais do câncer feminino estarem ligadas ao conhecimento e às concepções acerca do difícil tratamento e alta taxa de mortalidade da doença, leva as pessoas a relacionarem o câncer feminino a um processo completamente doloroso. Observa-se que há perpetuação de uma imagem negativa na qual a palavra câncer se encontra fortemente ancorada em representações sociais como medo, sofrimento, morte, doença incapacitante, pavor e desespero.

Diante do diagnóstico do câncer feminino e face às representações negativas, observou-se em algumas mulheres sentimentos de negação parcial da sua situação. De acordo com Kübler-Ross (1998), existem cinco fases para a elaboração de uma doença crônica: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Ao vivenciar um acontecimento estressante, a pessoa tende a percorrer essas fases de conflito interno, que vão desde a negação até a aceitação do diagnóstico.

A negação, que consiste na primeira fase de adaptação psicológica, esteve muito presente nas falas, como reflexo de uma defesa psíquica, onde algumas das entrevistadas relataram se negar a acreditar que estavam diante de um câncer, para, de alguma forma, tentar se distanciar da realidade. É uma fase de intenso sofrimento e dificuldade para aceitar a nova condição de saúde e todos os enfrentamentos que o câncer requer.

Essas fases são observadas em situações identificadas pela pessoa como sendo profundamente estressantes diante da detecção de um câncer, perda de um familiar querido, realização de uma cirurgia traumática, dentre outras situações que podem causar grande desgaste e sofrimento. Contudo, vale frisar que essas fases podem não ser percorridas sequencialmente, existindo uma transposição e/ou retrocesso dessas mesmas fases, como também a pessoa pode não percorrer todas essas etapas. (PAULA et al., 2017).

De acordo com Fernandes et al. (2019), é possível observar na população em geral a propagação de representações sobre o câncer feminino, socialmente construídas como sendo sinônimo de morte, algo que ataca do exterior e não há como controlar, cujo

tratamento é visto como drástico e negativo, apresentando na maioria das vezes efeitos colaterais desagradáveis.

Embora saber a verdade sobre seu real diagnóstico e prognóstico seja um direito da paciente, muitas vezes por apelo dos próprios familiares o diagnóstico de câncer não é revelado de imediato à mulher, por afirmarem que por conta da situação clínica é preferível que a paciente fique sem saber, ou por acharem que ela não vai suportar ouvir o diagnóstico.

Outro sentimento revelado pelas entrevistadas após o diagnóstico, foi o de profunda tristeza, ansiedade e depressão. Em oncologia, é comum que o acompanhamento clínico revele sintomas de ansiedade e depressão (BALBINO; ROCHA; SIVIERO, 2019). Observa-se, também, representações desses sentimentos na adesão ao tratamento, qualidade de vida, prognóstico e sobrevida à doença:

Fiquei arrasada, passei muitos dias só trancada no quarto, chorando (BRANCO).

Me sentia devastada, despedaçada por dentro, sem vontade de comer, de tomar banho [...] de viver. Nunca imaginei passar por isso (AMARELO).

Quando eu saí do médico fiquei... desnorteada, não sabia o que fazer, parecia que aquilo não era comigo. Senti muito medo, um aperto, só chorava (LARANJA).

Em um primeiro momento, as representações frente ao diagnóstico do câncer feminino encontravam-se ancoradas em morte, tristeza, pavor, medo e desespero. Um dos mais observados sintomas em pacientes com câncer são aqueles associados aos transtornos de humor, especificamente a depressão. O sofrimento psíquico e seu efeito cumulativo favorecem o desenvolvimento de doenças psicossomáticas variadas. Corroborando com achados de Furtado et al. (2016) em seu estudo com pacientes oncológicos frente ao diagnóstico, onde as mulheres também traziam a depressão como representação social, e além dela, o sentimento de solidão.

Os sintomas de depressão podem interferir na tomada de decisão, impedindo a mulher de resolver uma série de problemas, pois, à medida que ela acredita menos em suas potencialidades, ela tende a não agir. Quanto maior for sua percepção e estabilidade emocional, maior chance a mulher terá para desempenhar o autocuidado (BALBINO; ROCHA; SIVIERO, 2019).

Compreender as representações sociais dessas mulheres frente a depressão causada ou acentuada após o diagnóstico do câncer feminino significa distinguir os

processos de classificação e nomeação que permitem entender o sofrimento psíquico e ancorá-lo numa rede de significação. Entender as representações sociais também é buscar conhecer o modo como um grupo humano constrói um conjunto de saberes acerca de determinado fenômeno ou objeto (LOPES; CAMARGO; MAIA, 2020).

Por fim, os relatos das mulheres expressaram que após vivenciar uma ou mais fases de adaptação psicológica, ao chegar na fase de aceitação (última fase), a mulher compreende o diagnóstico e a nova realidade somada a ele. Os sentimentos de angústia, tristeza e depressão já foram externalizados, e elas relatam finalmente partirem para o enfrentamento da doença.

#### **6.4 Representações sociais das mulheres diante do apoio para o enfrentamento do câncer**

O diagnóstico de um câncer raramente afeta única e exclusivamente o paciente: ele também pode afetar toda rede familiar e social. A família é indispensável no processo de tratamento de um câncer, primordial no encorajamento e apoio psicológico, nas atividades do dia a dia, acompanhamento nas consultas médicas, auxiliando nas questões burocráticas ou até mesmo buscando informações sobre a doença e os direitos da paciente.

O câncer interfere nas relações e interações entre os familiares afetando as relações de diversas formas, de modo que eles passam a vivenciar longos períodos de hospitalização, frequentes internações, terapêutica com diversos efeitos colaterais, mudança na rotina, desajuste financeiro, angústia, dor, sofrimento e o medo constante da possibilidade de morte (NEGREIROS et al., 2017).

Diante do diagnóstico do câncer feminino, a rede de apoio constituída por familiares, amigos e profissionais, se torna elemento essencial no enfrentamento da doença e reabilitação da mulher. Para isso, a equipe multidisciplinar ao assistir a mulher deve ampliar o campo de atuação, contemplando o contexto social em que a mesma está inserida, estimulando a participação da família e demais relações significantes.

Ao serem questionadas sobre o apoio que tiveram frente ao diagnóstico, todas as mulheres mencionaram ter recebido algum tipo de apoio, proveniente da família, amigos ou da equipe de saúde do CACON:

Tive, do meu marido, da minha filha, minhas irmãs, todo mundo. Foi difícil pra todo mundo, mas graças a eles, eu sempre tive na cabeça que ia sair dessa. Eles que me deram força (CINZA).

Senti [que teve apoio], da minha família, amigas, das meninas daqui [da equipe de saúde]. Se não, eu não sei o que tinha sido. Eu tava muito mal, pensando em besteira, tirar minha própria vida [...] mas entreguei nas mãos de Deus (VINHO).

As falas remetem ao apoio social e psicológico: à importância do suporte familiar e dos amigos após o diagnóstico de câncer feminino e à força obtida para enfrentar a doença vinda desse apoio dos que a cercam. É notório que o impacto do diagnóstico não atinge apenas a mulher, como também repercute na família e amigos, em uma manifestação de companheirismo, solidariedade e ajuda mútua (COSTA et al., 2019).

Um estudo realizado por Kuhn et al., (2018) revela que em casos de indivíduos com câncer, uma rede social presente e apoiante reflete em melhores condições de vida às pessoas, a rede contribui para uma melhor autoestima e também aumento na qualidade de vida dos mesmos. Por outro lado, a ausência desse apoio, resulta em uma experiência difícil, durante todo o processo de tratamento.

A mulher com câncer é geralmente vista com um olhar diferenciado das pessoas próximas, que tendem a tratá-la como alguém que tem pouco tempo de vida. Ao invés de procurar a motivar a mulher e dar apoio emocional para prosseguir com o tratamento, algumas pessoas ao seu redor se interessam por questões como saber o tempo de vida que resta, e a mulher com câncer consegue compreender quando essas pessoas lhe tratam de forma piedosa, pois, mesmo que não expresse, os sentimentos se manifestam (FURTADO et al., 2016).

As representações sociais apresentam-se como forma de conhecimento socialmente elaborado, construído por meio das interações sociais com o mundo e com os indivíduos, a partir do agrupamento de conjuntos de significados atribuídos a cada fenômeno. As representações de apoio e cuidado expressadas nas falas das mulheres se sustentam na premissa de encontrar nas pessoas que a cercam a força para dar continuidade a vida, quando o sentimento é de desânimo e tristeza.

A entrevistadas mencionaram relação com os profissionais do serviço, relatando um importante apoio e acolhimento vindo da equipe de saúde. Para que haja uma assistência de qualidade a equipe de saúde deve considerar a unidade paciente-família como ente a ser cuidado. É necessária uma equipe qualificada e focada nas necessidades da paciente e daqueles que com ela convivem, pois é ali que a mesma buscará força para enfrentar o processo de doença.

A participação em grupos de apoio traz muitos benefícios a pessoa com câncer, entre eles a diminuição dos níveis de desesperança, da preocupação, da ansiedade e do estresse, além do fortalecimento do funcionamento social das participantes. Além disso, permite que as mulheres compartilhem suas experiências e saiam da exclusão social, tendo acesso a informações sobre o câncer, suas formas de prevenção e tratamento, tornando-se uma agente multiplicadora de informações sobre a doença (KUHN et al., 2018).

### **6.5 Representações sociais das mulheres frente à esperança da cura**

Ao vivenciar o agravamento do processo de adoecimento pelo câncer e a possibilidade de morte iminente, surgem reflexões sobre o sentido da vida e da morte, bem como à busca de artifícios e apoio para lidar com o sofrimento consequente dessa condição. A notícia do câncer gera repercussões que exigem tempo para que as mulheres consigam ressignificar a doença, aceitem o processo de tratamento e lutem pela vida. Para isso, é fundamental compreender as representações sociais dessas mulheres ao vivenciarem tratamento e as representações frente à possibilidade de cura, identificada em vários relatos:

Eu tenho muita fé em Deus e Nossa Senhora, Ela já me curou. Eu achei que não tinha muito tempo de vida e cheguei até aqui (BRONZE)

Tudo isso que vem acontecendo é um milagre [...] é uma grande lição pra gente dar mais valor a vida, a família, as coisas mais simples [...] eu vou me curar com fé em Deus, e minha vontade de viver (LARANJA).

O tratamento deu muito certo, graças a Deus e ao Dr., até ele se surpreendeu como foi bom. Eu creio na minha saúde de volta, na minha cura (BEGE).

Apesar das representações sociais do câncer estarem historicamente associadas à imagem de morte, a partir do momento em que o conhecimento científico se une a um bom prognóstico e um tratamento adequado, essa imagem torna-se passível de mudança, surgindo a possibilidade de cura. Através das representações sociais de mulheres enfrentando o câncer frente à possibilidade de cura, ancoradas nas relações sociais, baseadas nas crenças, cultura e espiritualidade, e objetivadas no estigma, até então, negativo sobre a doença, observa-se nas falas uma quebra dos padrões e imagem vinculada ao câncer, traduzidas através das falas em fé, superação, valorização da vida e vontade de viver, dando um novo significado e imagem à doença.

Frente a um câncer e suas repercussões biopsicossociais, a espiritualidade exprime seu papel e importância, pois é a forma que muitas mulheres encontram para enfrentar todo o estresse e turbilhão de sentimentos decorrente dessa doença. Após o diagnóstico, o câncer passa a representar a ligação da paciente com a sua vida, que muitas vezes sente não ter mais controle sobre ela e passa então, causando ansiedade e medo diante do que pode acontecer no seu futuro, como por exemplo, o medo do sofrimento físico e da morte. Observa-se através das falas que a espiritualidade traz força e confiança à essas mulheres, para enfrentar as situações difíceis ao longo do processo de busca pela cura, evidenciando assim o uso da fé como necessária nessa trajetória.

A espiritualidade atribui significado a valores, comportamentos e experiências na vida do ser humano, muitas vezes materializados como práticas religiosas. Existe uma associação entre a religiosidade, espiritualidade e a saúde, pois historicamente os poderes da cura estavam nas mãos dos que lidavam com o espírito (sacerdotes, feiticeiros, xamãs), sendo estes procurados para tratar dos males do corpo. Relacionava-se tanto a causa como a cura da doença à religião. Nos dias de hoje é comum que algumas pessoas ainda atribuam a cura de doenças à fé e na crença em Deus (KUNZ et al., 2018).

Gonçalves e Zarpelon (2020) realizaram um estudo com 18 mulheres, com o objetivo de identificar a espiritualidade como instrumento de apoio no enfrentamento do câncer, onde constatou que todas as entrevistadas utilizavam a espiritualidade como apoio no enfrentamento do câncer, e que a espiritualidade e religiosidade se correlaciona positivamente com a qualidade de vida e melhor aceitação da doença, trazendo benefícios às pacientes oncológicas.

A espiritualidade é uma dimensão humana íntima e essencial para o bem-estar. Aceitar o diagnóstico do câncer pode ser difícil e para entender sua nova realidade, muitas mulheres recorrem a apoio, buscando atenção diferenciada em todo o processo do cuidar. Neste contexto, o SUS incentiva o cuidado e a atenção no sentido holístico, trazendo presente à dimensão espiritual do ser humano, ressaltando a importância da espiritualidade no atendimento integral do paciente. Dessa forma, o cuidado espiritual representa uma parte fundamental do cuidar em enfermagem (OLIVEIRA et al., 2019).

As necessidades espirituais são as variáveis que encorajam a busca pelo sentido da vida e que ajudam a pessoa a transcender em meio as dificuldades. As necessidades espirituais mais expressas pelas entrevistadas foram: a procura de um sentido na vida, esperança, otimismo, conforto e segurança. Estar atento a estas necessidades é

proporcionar a paciente uma oportunidade de continuar a encontrar sentido para a sua vida, de encontrar esperança no meio da dor

Compreender as representações sociais frente à possibilidade da cura e entender a interligação com a espiritualidade nos traz subsídios para apoderar-se delas como ferramenta de cuidado, incentivando a paciente a não desistir, a manter-se otimista até que a cura seja alcançada. Essa perspectiva remete à objetivação, pois elabora conceitos e imagens para reproduzir a ancoragem no mundo exterior, onde nesse caso, tem o intuito de transferir o que está na mente em algo que exista no mundo físico, tornando sua cura uma realidade para a sociedade (BOMFIM; OLIVEIRA; BOERY, 2019).

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

As representações sociais permitem que o sujeito dê voz aos significados dos acontecimentos em suas vidas. Neste estudo, as mulheres vivenciando o câncer feminino expressaram as representações sociais construídas ao longo do diagnóstico, tratamento e esperança da cura.

Através dos resultados obtidos foi possível observar conteúdos representacionais do câncer feminino estão relacionados ao sofrimento interno e fortemente ancorados em representações de morte, medo desespero. Apesar dos avanços científicos na área da oncologia, o câncer continua envolto por um significado penoso para a mulher que o tem. Diante disso, é necessário desmitificar a imagem negativa associada à esta doença para conseguir-se uma boa aderência das mulheres ao tratamento e diminuir os impactos negativos relacionados a ela.

O estudo apontou que a depressão acaba unindo-se à essas representações, refletindo demasiadamente nas tomadas de decisões frente à adesão e continuidade do tratamento. O apoio da sociedade em que a mulher está inserida e a forma como que ela recebe o diagnóstico tem influência decisiva nas representações que ela constrói acerca da doença e na forma como ela encara o tratamento. O estudo revelou também que a espiritualidade representa uma estratégia fundamental no processo de enfrentamento do câncer, permitindo compreender o adoecimento como um momento de ressignificação da vida, dando-lhes força interior e coragem para lidar com a situação, inclusive para que a adesão ao tratamento seja efetiva.

Diante do que foi exposto, este estudo traz a reflexão de que cabe a enfermagem compreender e valorizar essas representações, fundamentais para garantir e otimizar na prática as estratégias de enfrentamento da doença. Assim, não se trata apenas de modificar as representações sociais das mulheres com câncer feminino, mas sim de compreendê-las para que o senso comum, somado aos saberes e conhecimento científico, objetivação e ancoragem, favoreçam a compreensão de todos os processos biopsicossociais vivenciados pela mulher.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, T. S.; CUELLO, M. A. Cancer of the vagina. **Int J Gynecol Obstet.** v. 143, n.2, p.14-21, 2018.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S. **A Teoria das Representações Sociais.** In: TORRES, C. V.; NEIVA, E. R. (Orgs.). **Publicar em Psicologia Social Principais Temas e Vertentes.** Porto Alegre, RS: Artmed. p. 287-295, 2011.

ARAÚJO NETO, L. A.; TEIXEIRA, L. A. De doença da civilização a problema de saúde pública: câncer, sociedade e medicina brasileira no século XX. **Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Cienc. Hum.,** Belém, v. 12, n. 1, p. 173-188, jan.-abr. 2017.

BALBINO, J. H.; ROCHA, D. A.; SIVIERO, I. M. P. S. Depressão em oncologia sob a óptica de pacientes com câncer em tratamento quimioterápico. **Revista Faculdade do Saber,** v. 4, n. 8, p. 518-526, 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016. 279p.

BATISTA, A. F. C.; CALDAS, C. P. Fatores que interferem na adesão da mulher idosa a programas de prevenção do câncer ginecológico. **Rev enferm UERJ,** Rio de Janeiro, 25:e21839. 2017.

BATISTA, E. C.; MATOS, L. A. L.; NASCIMENTO, A. B. A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada,** Blumenau, v.11, n.3, p.23-38, 2017.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P., COUTO, M. E. S., & ASSIS, R. A. M. (orgs). **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias[online].** Ilhéus, BA: EDITUS, p. 101-122, 2017.

BOMFIM, E. S.; OLIVEIRA, B. G.; BOERY, R. N. S. O. Representações sociais de mães sobre o cuidado ao filho com câncer. **Enferm. Foco,** v. 11, n. 1, p. 27-31, 2020.

BRAGA, A.; LIN, L. H.; MAESTÁ, I.; SUN, S.; YAZAKI, U.; ELZA, M., ET AL. GESTATIONAL Trophoblastic Disease in Brazil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** v. 41, n. 4), p. 211-212, 2019.

BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 14. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020.

CARTER, J.; GOLDFRANK, D.; SCHOVER, L. R. Simple strategies for vaginal health promotion in cancer survivors. **The Journal of Sexual Medicine**, Malden, v. 8, n. 2, p. 549-559, 2011.

CASTANEDA, L. et al. Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 307-315, set, 2019.

CAVALCANTI, L. P. As representações sociais de licenciandas/os em letras sobre o programa de residência pedagógica de uma universidade pública no sertão de Pernambuco. **Form. Doc.**, Belo Horizonte, v. 13, n. 25, p.203-218, set./dez. 2020.

CESARO, B. C.; VASCONCELLOS, V. P. C.; SCOLA, B. T. Heterogeneidade nas diretrizes do câncer de mama: Ministério da Saúde e Secretarias Municipais de Saúde. **Rev Fac Ciênc Méd Sorocaba**. v. 21, n. 1, p. 22-27, 2019.

COELHO, A. S., et al., Predisposição hereditária ao câncer de mama e sua relação com os genes BRCA1 e BRCA2: revisão da literatura. **RBAC**. v. 50, n. 1, p. 17-21, 2018.

COSTA, M. S. C. R.; SILVA, S. E. D.; RAMOS, A. M. P. C.; PANZETTI, T. M. N.; SANTANA, M. E. Representações sociais de adolescentes sobre o processo de adoecer e adolecer com câncer. **Cogitare enferm. [Internet]**. v. 24: e62807, 2019.

CRUSOÉ, N. M. C. A teoria das representações sociais em moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **APRENDER – Cad. De Filosofia e Pisc. Da Educação**. Vitória da Conquista, Ano II, n. 2, p. 105-114, 2004.

DANTAS, T. A.; SILVA, L. P. B. G. Câncer de mama e depressão: aspectos psicobiológicos e suas interações. **Journal of Medicine and Health Promotion**. V, 5, n. 4, p. 01-09, 2020.

DIAS, M. et al., Perfil Epidemiológico das Mulheres com Câncer Ginecológico: um estudo multicêntrico, no Sul do Brasil. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.4, p.37025-37035, abr, 2021.

DOISE, W. **Direitos do homem e força das ideias**. Lisboa: Horizonte. 2002.

DOMINGUES, P. M. L., et al. Discriminação racial no cuidado em saúde reprodutiva na percepção de mulheres. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 285-292, abr-jun, 2013.

DURKHEIM, E. **As regras do método sociológico**. 6.ed. São Paulo: Nacional, 1978.

ELIAS, T. C. et al. Caracterização e capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional. **Ver. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 36, n. 4, p. 37-42, dez, 2015.

FERNANDES, I. T. G. P. et al. Câncer ginecológico e suas políticas públicas sob a perspectiva de Peplau. **Glob Acad Nurs**. v. 1, n. 2, e34, 2020.

FERNANDES, M.; SOARES, A.; FERRAZ, M.; AMARAL, SILVA F, SILVA, J.; CARVALHO, R. Representações sociais por mães com filhos em tratamento de câncer. **REAID [Internet]**. v. 89 n. 27, 2019.

FERREIRA, V. A.; SILVEIRA, I. N. T.; GOMES, N. S.; RUIZ, M. T.; SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Ver Rene**. V. 16, n.2, p.266-74, 2015.

FURTADO, H. M. S.; RODRIGUES, S. C. FERREIRA, C. B.; LIMA, T. F. Repercussões do diagnóstico de câncer de mama feminino para diferentes faixas etárias. **Ciência&Saúde**, v. 9, n. 1, p. 8-14, 2016.

GONÇALVES, J. G.; SIQUEIRA, A. S. E.; ROCHA, I. G. A.; LIMA, E. F. F.; ALVES, L. S.; SILVA, B. O.; et al. Evolução histórica das políticas para o controle do câncer de mama no Brasil. **DIVERSITATES International Journal – Revista de saúde coletiva e bioética** v. 8, n. 1, jul, 2016.

GONÇALVES, R.; ZARPELON, G. A espiritualidade como instrumento de apoio no enfrentamento do câncer de mama. **Revista Renovare de Saúde e Meio Ambiente**. v.3, dez, 2020.

GUARESCHI, P. Representações sociais: alguns comentários oportunos. In: NASCIMENTOSCHULZE, C. M. (Org.). **Novas contribuições para a teorização e pesquisa em representação social. (Coletâneas da ANPEPP, 10)**. Florianópolis: Imprensa Universitária/UFSC, p. 9- 35, 1996.

HAHN, L. et al. Doença trofoblástica gestacional: diagnóstico e tratamento. **Acta médica - Porto Alegre**, p. 136-150, 2018.

HELGESON, V. S.; ZAJDEL, M. Adjusting to Chronic Health Conditions. **Annual Review of Psychology**, v. 68, p. 545-571, 2017.

HUSSON, O., DENOLLET, J., OERLEMANS, S., & MOLS, F. Satisfaction with information provision in cancer patients and the moderating effect of Type D personality. **Psycho-Oncology**, v. 22, p. 2124-2132, 2013.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Câncer: O que é; 2019.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2018.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil** – Rio de Janeiro: INCA, 2019.

JESUÍNO, J. C. Um conceito reencontrado. Almeida, A. M. de O. Santos, M. de F. S., Trindade, Z. A. (orgs.) **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik. p. 42-77, 2014.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão**. Rio de Janeiro: Eduerj, p. 17-44, 2001.

KALIKS, R. A.; MATOS, T. F.; SILVA, V. A.; BARROS, L. H. C. et al. Diferenças no tratamento do câncer sistêmico no Brasil: meu Sistema Único de Saúde é diferente do seu Sistema Público de Saúde. **Braz J Oncol**. v. 13, p. 1-12, 2017.

KOCH, M. O.; ZAMIAN, R.; VICTOR, G. L. G.; SEGURA, D. C. A. Depressão em pacientes com câncer de mama em tratamento hospitalar. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 10, n. 1, p. 111-117, jan-abr, 2017.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

KUHN, C. I.; SIMIONATO, D. G. S; BORTOLI, C. F. C.; COELHO, J. B. A. Casa de apoio: suporte às mulheres com câncer de mama. **J. nurs. health**. v.8, n. 3. e188310, 2018.

KUNZ, J. A.; CONDE, C. R.; LEMOS, T. M. R.; BARROS, A. E. S.; FERREIRA, M. L. S. M. A Religiosidade e Espiritualidade de Mulheres com Câncer de Mama Submetidas a Tratamento Cirúrgico. **Revista Enfermagem Atual In Derme**. v. 86, n. 24, 2018.

LEITE, R. F. A perspectiva da análise de conteúdo na pesquisa qualitativa: algumas considerações. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo (SP), v.5, n.9, p. 539-551, dez. 2017.

LIMA, J. A. L. et al. Avanços na quimioterapia do câncer ginecológico: uma revisão. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v.6, n.7, p. 43553-43584, jul.2020.

LIMA, M.; IRIGARAY, T. Locus de controle, escolaridade e conhecimento sobre a doença em pacientes oncológicos. **Psicologia, Saúde & Doenças**. v. 3, n. 20, p. 659-669, 2019.

LIMA, S. F.; SILVA, R. G. M.; SILVA, V. S. C.; PASKLAN, A. N. P.; REIS, L. M. C. B.; SILVA, U. C. Representações sociais sobre o câncer entre familiares de pacientes em tratamento oncológico. **Revista Mineira de Enfermagem**. V. 20, 20:e967, 2016.

LOBO, R. F.; WERNECK, M. M. F. A interdisciplinaridade do conceito de Representações Sociais de Serge Moscovici. **Revista Ciências Humanas**, v.11, n.1, 2018.

LOPES, A. P.; CAMARGO, C. A. C. M.; MAIA, M. A. C. Sofrimento psíquico vivenciado por mulheres diante do diagnóstico de câncer de mama: uma revisão bibliográfica reflexiva. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 52, e3556, 2020.

MACHADO, M. X.; SOARES, D. A.; OLIVEIRA, S. B. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03, jul-set, 2017.

MARKOVÁ, I. **A Fabricação da Teoria de Representações Sociais**. Tradução Beatriz Gama Rodrigues e João Kaio Barros. *Cadernos de Pesquisa*, v. 47, n.163, p.358-75, jan./mar. 2017.

MASCARELLO K. C.; SILVA, N. F.; PISKE, M. T.; VIANA, K. C. G.; ZANDONADE, E. AMORIM, M. H. C. Perfil Sociodemográfico e Clínico de Mulheres com Câncer do Colo do Útero Associado ao Estadiamento Inicial. **Revista Brasileira de Cancerologia**, n. 58, v. 3, p. 417-426, 2012.

MENDES, R. M.; MISKULIN, R. G. S. A análise de conteúdo como uma metodologia. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, v.47, n. 165, jul-set, 2017.

MELO, F. B. B. et al. Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 1183-93, 2017.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, Mar. 2012.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP)**, v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017.

MOORE, R. A. **Gênero e violência: vulnerabilidade masculina**. 2015. Xi, 149 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MORAES, P.R. et al. A Teoria das Representações Sociais, **Ver. Direito em foco**. 2013.

MORO, B. K. S.; SILVA, L. S.; COSTA, A. M.; SILVA, C. S.; ODORIZZI, V. F. Neoplasia Trofoblástica Gestacional: Um caso de mola invasora. **Revista de Patologia do Tocantins**, v. 7 n. 4, fev, 2020.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 10 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

NASCIMENTO, F. C.; DEITOS, J.; LUZ, C. M. Comparação da disfunção do assoalho pélvico com função sexual e qualidade de vida em sobreviventes ao câncer ginecológico. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 27, n. 3, p. 628-637, set, 2019.

NASCIMENTO, S. S. Saúde da mulher negra brasileira: a necessária intersecção em raça, gênero e classe. **Cadernos do CEAS**, Salvador/Recife, n. 243, p. 91-103, jan-abr., 2018.

NEGREIROS, R. V. et al. A importância do apoio familiar para efetividade no Tratamento do câncer infantil: Uma vivência hospitalar. **RSC online**, v. 6, n. 1, p. 57-64, 2017.

NICIDA, L. R. A.; SCHWEICKARDT, J. C. Fundação Centro de Controle de Oncologia: uma Abordagem da História da Política de Controle do Câncer no Amazonas. **Rev. Bras. Cancerol. [Internet]**. v.63, n.3, p. 189-97, jan, 2019.

OHL, I. C. B. et al. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 69, n. 4, pág. 793-803, ago, 2016.

OLIVEIRA, F. O.; WERBA, G. C. **Representações sociais**. In: JACQUES, M. G. C. (Org.). **Psicologia social contemporânea**. Livro-texto. 8. ed. p. 104-117. Petrópolis: Vozes, 2003.

OLIVEIRA, I. C.; FEITOSA, P. W. G.; SANTOS, E. A.; GIRÃO, M. M. F.; OLIVEIRA, E. G.; CARMO, F. A. et al. Cuidados paliativos e espiritualidade no Sistema Único de Saúde: Uma Revisão sistemática da literatura. **Id on Line Rev. Mult. Psic**. v.13, n. 45. p. 405-419, 2019.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: uma contribuição de Serge Moscovici. **Rev. bras. Ci. Soc.** São Paulo, v. 19, n. 55, p.180-186, 2004.

PAIVA, A. C. P. C. et al. Construção de instrumentos para o cuidado sistematizado da enfermagem: mulheres em processo cirúrgico de mastectomia. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Minas Gerais, v.6, n.2, p. 2282-2291, 2016.

PAULA, T. R. S.; BORGES, M. S.; BOTTINI, M. E.; SOUZA, M. C. S.; RIBEIRO, M. S. Análise do filme My Life sob a perspectiva do modelo de Kübler-Ross. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. v. 7/1594, 2017.

PIOTTO, M. A. S. B. et al. Avaliação da Amostragem Histopatológica Endometrial Pré-operatória como Preditora de Patologia Cirúrgica Final no Câncer Endometrial. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 10, pág. 642-648, outubro de 2020.

PRADO, N.; LOIOLA, P.; GUIMARÃES, T.; OHARA, E. C. C.; OLIVEIRA, L. D. R. Gestante com diagnóstico de câncer de mama: prevenção, diagnóstico e assistência. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 1, p. 1109-1131 jan-fev, 2020.

RABELLO, E. O problema do câncer. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 2., 1924, Belo Horizonte. Anais, v. 1. Rio de Janeiro: Pimenta de Mello e Cia., 1928.

RAMALHO, N. M.; PINHEIRO, C. C.; PAULA, C. L.; CARNEIRO, V. C. G.; LIMA, J. T. O. Qualidade de vida após o câncer ginecológico: menopausa e função sexual. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. v. 30, n. 1, p. 46-53, 2019.

REIS, A. P. A.; PANOBIANCO, M. S.; GRADIM, C. V. C. Enfrentamento de mulheres que vivenciaram o câncer de mama. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro** [online] e2758, v. 9, n. 1, p. 1-10, 2019.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**. Maringá, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011.

RIBEIRO, T. A.; MORAES, F. R. R. Uso da radioterapia na neoplasia trofoblástica gestacional. **Revista de Patologia do Tocantins**. v. 5 n. 4, 2018.

RIBEIRO, J.; SOUZA, F. N.; LOBÃO, C. Saturação da análise na investigação qualitativa: quando parar de recolher dados? **Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo (SP)**, v.6, n.10, 2018.

RODRIGUES, J. R. G. et al. Importância do enfermeiro para o controle do câncer de mama: revisão narrativa. **REAS/EJCH** [online]. v.Sup.n.55, e3668, 2020.

SALAZAR, K. de A.; SILVA, A. R. L. da. A dinâmica da representação social sobre o trabalho voluntário: um estudo na Associação de Voluntários da APAE de Venda Nova do Imigrante. In: Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração, 38., 2014, Rio de Janeiro. Anais... Rio de Janeiro: ANPAD, 2014.

SARTORI, A. C. N.; BASSO, C. S. Câncer de mama: uma breve revisão de literatura. **PERSPECTIVA, Erechim**. v. 43, n. 161, p. 07-13, mar, 2019.

SCHNEIDER, T.; SILVEIRA, I.; ROSA, L.; RECH, S. R.; VANDRESEN, M.; Os impactos do câncer de mama na autoimagem da mulher. **Moda Palavra**, Florianópolis, v. 13, n. 30, p. 183–206, out-dez, 2020.

SECKL, M. J.; SEBIRE, N. J.; FISHER, R.A.; GOLFI, E. R. F.; MASSUGER, L.; SESSA, C. Gestational trophoblastic disease: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. v. 24, n.5, p. 39-50, 2013.

SENA, L.; NEVES, M. G. C. Os impactos psicológicos do diagnóstico e tratamento do câncer de mama em mulheres. *Com. Ciências Saúde*. V. 30, n. 1, p. 19-28, 2019.

SOARES, M. K. P.; FACUNDO, S. H. B. C; BRANCO, J. G. O. et al. Tratamentos na doença trofoblástica gestacional: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, e:1838, n. 7, 2017.

SOUSA, J. D.; MACHADO, Y. A. F.; SIMÕES, M. C. R. Câncer ginecológico: casos atendidos no hospital de base Dr. Ary Pinheiro em Porto Velho (RO) no período 2012-2015. *Scire Salutis*, v.7, n.1, ago, 2017.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 51-67, 2019.

SOUZA, N. H. A.; FALCÃO, L. M. N.; NOUR, G. F. A.; BRITO, J. O.; CASTRO, M. M.; OLIVEIRA, M. S. Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro. *SANARE, Sobral* - v.16, n.02, p. 60-67, jul-dez, 2017.

TOMÉ, A. M.; FORMIGA, N. S. Abordagens teóricas e o uso da análise de conteúdo como instrumento metodológico em representações sociais. **Rev. Psicol Saúde e Debate**. v. 6, n. 2, p.97-117, set., 2020.

VIEIRA, C. P.; QUEIROZ, M. S. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 63-70, abr. 2006.

WERBA, G. C. SCHUTZ, C. M. Representações sociais da psicologia para a área da saúde pública do litoral norte gaúcho. **Conversas Interdisciplinares** - Torres, v.1, n. 15, p. 86-107, ago-dez, 2018.

WHO, World Health Organization. World Cancer Report, 2017. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2018.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(T.C.L.E.)**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“Representações sociais de mulheres enfrentando o câncer ginecológico”** da estudante de pós-graduação: Larissa de Moraes Teixeira, matriculada no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas-EENF/UFAL, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Amuzza Aylla Pereira dos Santos. A seguir, as informações do projeto de pesquisa com relação a sua participação neste projeto:

1. O estudo se destina a compreensão das representações sociais de mulheres vivenciando um câncer ginecológico;
2. A importância deste estudo é a de formar uma rede de apoio biopsicossocial, para ajudar a mulher a enfrentando um câncer ginecológico e, conseqüentemente, diminuir os agravos psicopatológicos desenvolvidos pela doença;
3. Os resultados que se desejam alcançar são os seguintes: espera-se que esta pesquisa colabore fortalecendo e subsidiando a rede de apoio biológica, psicológica e social para ajudar a mulher a enfrentar o câncer e todos os impactos que ele traz. Além disso, espera-se com essa pesquisa contribuir para o profissional de saúde na formação de um pensamento crítico que possa facilitar a relação com a mulher vivenciando um câncer ginecológico e entender as representações sociais dele para criar estratégias que possam aperfeiçoar o cuidado e torná-lo mais direcionado.
4. A coleta de dados começará em Janeiro/2020 e terminará em Abril/2020. No entanto, só participarei o tempo suficiente para responder a entrevista, podendo ser em mais de um encontro conforme combinado;
5. O estudo será feito da seguinte maneira: o levantamento das informações junto as participantes da pesquisa será por meio de entrevista semiestruturada de forma individual com uso de gravador e utilização de um formulário, o qual constará de duas partes: a) caracterização das participantes e b) questões abertas quanto ao tema da investigação. As participantes terão assegurados sigilo e anonimato e receberão um código ou nome fictício na análise das informações qualitativas. Serão informadas sobre direito à liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento do estudo e de recusar a responder questões que gerem algum constrangimento ou desconforto de ordem social ou psicológica. Às participantes será solicitada a assinatura em duas vias deste T.C.L.E.
6. A sua participação será nas seguintes etapas: lendo e assinando este T.C.L.E., respondendo a entrevista realizada pela pesquisadora, que gravará a entrevista e preencherá o questionário conforme as informações fornecidas pela pesquisadora;
7. Que os possíveis riscos que podem ocorrer com a sua participação é um leve cansaço ao participar da entrevista, exposição de informações para o pesquisador, as perguntas podem relembrar sentimentos nos quais podem gerar desconforto. O estudo não trará nenhum risco à sua saúde física, e poderá trazer um risco mínimo à sua saúde mental;
8. Os benefícios esperados com a sua participação no projeto de pesquisa, mesmo que não diretamente são relativos à sua colaboração para melhoria das políticas de enfrentamento do câncer e melhoria da assistência prestada às mulheres vivenciando um câncer ginecológico, além de contribuir para a comunidade científica em saúde;
9. Os riscos serão minimizados uma vez que na equipe existem psicólogos que fornecerão apoio psicológico, caso seja necessário;
10. Você será informado(a) do resultado final do projeto e sempre que desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

11. A qualquer momento, você poderá recusar a continuar participando do estudo e, também, que poderá retirar seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo.
12. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto para a equipe de pesquisa, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto após a sua autorização.
13. O estudo não acarretará nenhuma despesa para você, sendo uma ação voluntária e de ajuda às pesquisadoras, à comunidade científica em saúde e às mulheres com câncer ginecológico;
14. Você será indenizado(a) por qualquer dano que venha a sofrer com a sua participação na pesquisa;
15. Você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos.

Eu,....., tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

**Endereço d(os,as) responsável(is) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO):**

Instituição: Universidade Federal de Alagoas  
 Endereço: Rua Paracatú, nº 151, Bairro: Santa Lúcia  
 Cidade/CEP: Maceió – 57082-260  
 Telefone: (82) 99659-7767

**Contato de urgência: Sr(a).**

Endereço:  
 Complemento:  
 Cidade/CEP:  
 Telefone:  
 Ponto de referência:

**ATENÇÃO:** *O Comitê de Ética da UFAL analisou e aprovou este projeto de pesquisa. Para obter mais informações a respeito deste projeto de pesquisa, informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas - Prédio do Centro de Interesse Comunitário (CIC), Térreo, Campus A. C. Simões, Cidade Universitária.*  
 Telefone: 3214-1041 – Horário de Atendimento das 08h00min as 12h00mins.  
 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

Assinatura ou impressão datiloscópica d(o,a) voluntári(o,a) ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do Pesquisador pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Maceió, de de .

## APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

ESTUDO: Representações sociais de mulheres enfrentando o câncer ginecológico

Aplicador:

Serviço:

Data da Entrevista:

### PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA

(Caso esses dados estejam descritos no prontuário ou em documentos fornecidos pelo paciente/família utilizar esses meios, para preencher os itens dessa parte que se aplicarem)

Iniciais do nome da paciente: \_\_\_\_\_ Telefone(s) para contato \_\_\_\_\_

1.1. Local de nascimento:

1.2. Data do nascimento: / / Idade: \_\_\_\_\_ anos Etnia: \_\_\_\_\_

1.3. Anos completos de estudo: \_\_\_\_\_ Nível: \_\_\_\_\_ Analfabeta ( )

1.4. Estado civil: ( ) Solteira ( ) Casada ( ) Viúva ( ) União estável ( ) Outros

1.5. Profissão/ Ocupação:

1.6. Com quem reside no momento: \_\_\_\_\_

1.7. Renda atual: ( ) própria ( ) É ajudada pela família ( ) É ajudado por outras pessoas/ instituições

1.8 Procedência atual: ( ) Maceió/ Bairro: ( ) Outros: \_\_\_\_\_

#### 1.1 – CIRCUNSTÂNCIAS DO ATENDIMENTO

1.1.1 Motivo que fez a senhora procurar este serviço de saúde?

1.1.2 Com quem a senhora veio para nesse serviço de saúde?

1.1.3 Local onde foi diagnosticada pela primeira vez sua doença?

1.1.4 Para o diagnóstico foi solicitado algum exame? Quais?

1.1.5 Resultados dos exames:

1.1.6 Encontrou dificuldade para realização dos exames? Quais dificuldades?

1.1.7 Quanto tempo durou do diagnóstico para senhora ser atendida nesse serviço?

1.1.8 O que foi feito com a senhora até o momento? ( ) Nada ( ) Não sei dizer

( ) Consulta médica ( ) Exames ( ) Cirurgia

( ) Outro(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

1.1.9 Com está se sentindo agora?

**1.2 – INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA ATUAL****TIPO DE CA:** \_\_\_\_\_

1.2.1 Antes de descobrir sua doença, com que frequência costumava ir ao serviço de saúde para exames de rotina?

- ( ) Duas vezes ao ano                      ( ) Não costumava ir ao médico  
 ( ) Uma vez ao ano                        ( ) Outro:  
 ( ) Há cada 02 anos

1.2.2 Qual foi o sinal de alerta/alteração encontrada que a fez procurar o serviço de saúde?

- ( ) Nódulo    ( ) Secreção    ( ) Inflamação    ( ) Alteração no exame:  
 ( ) Outros:

1.2.3 Qual a sua idade quando foi detectada a alteração? \_\_\_\_\_

1.2.4 Os exames confirmatórios foram realizados no município de origem?

- ( ) Sim ( ) Não. Em qual? \_\_\_\_\_

1.2.5 Qual o tempo decorrido entre a suspeita e a confirmação da doença? \_\_\_\_\_ meses.

1.2.6 Qual o tempo decorrido entre a confirmação da doença e o início do tratamento? \_\_\_\_\_ meses.

1.2.7 Há quanto tempo faz tratamento? \_\_\_\_\_

1.2.8 Teve apoio (alguém ajudou) de alguma entidade/instituição para realizar os exames e tratamento?

- ( ) Secretaria Municipal de Saúde – SMS  
 ( ) Centro Comunitário  
 ( ) Universidade  
 ( ) Rede Feminina de Combate ao Câncer – RFCC  
 ( ) Nenhuma

1.2.9 Alguém da sua família já teve câncer? ( ) não ( ) se sim, qual câncer: \_\_\_\_\_

1.2.10 Qual o grau de parentesco? \_\_\_\_\_

1.2.11 Quem a encaminhou ao CACON?

- ( ) Médico da rede privada  
 ( ) SUS  
 ( ) Veio por conta própria  
 ( ) Outros. Quem? \_\_\_\_\_

1.2.11 Quais os serviços do CACON que você já utilizou?

SERVIÇOS	SIM	NÃO
AMBULATÓRIO		
CONSULTA MÉDICA		
QUIMIOTERAPIA		
EXAMES CLÍNICOS E LABORATORIAIS		
INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
RADIOTERAPIA		
REABILITAÇÃO		
GRUPO DE APOIO		

**APÊNDICE C - QUESTÕES ABERTAS QUANTO AO TEMA  
(USO DE GRAVADOR)**

**PARTE 2: QUESTÕES ABERTAS QUANTO AO TEMA (USO DE  
GRAVADOR)**

1. Para você: o que é o "câncer"?
2. Para você: o que representa ter câncer?
3. Como foi receber o diagnóstico?
4. Que estágio da doença a senhora se encontra no momento?
5. O que disseram a senhora até agora sobre o que era a sua doença e quem falou isso? E o que a senhora acha disso?
6. A senhora sentiu que teve apoio? De quem?
7. Para você: o que é qualidade de vida?
8. Numa escala de zero a dez, quanto de qualidade de vida você tem hoje?
9. Que cor você associa ao câncer? Por quê?

## ANEXO I – TERMO DE CONCORDÂNCIA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROF. ALBERTO ANTUNES

### Termo de Concordância

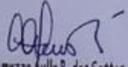
Maceió, 30 de setembro de 2019

Ilmo(a) Sr(a) Chefe do CACON

**Assunto:** Autorização para realizar pesquisa científica no Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes da UFAL/EBSERH. Solicito sua autorização para realizar o projeto de pesquisa “REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ENFRENTANDO O CÂNCER GINECOLÓGICO”, cadastrado na Gerência de Ensino e Pesquisa sob **protocolo 877**, obteve parecer favorável inicial do Chefe do Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica do HUPAA/UFAL/EBSERH, sendo imprescindível o de acordo da viabilidade desta pesquisa neste setor.

Esclarecemos que esta pesquisa só será **AUTORIZADA** por esta instituição após obter o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

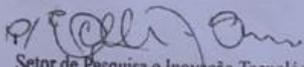
  
Profa. Dra. Amuzza Aylla P. dos Santos  
Docente/EENF/UFAL

Amuzza Aylla Pereira dos Santos  
SIAPE 2731160

  
Thaise Mirella da Silva  
Chefe do Unidade de Quimioterapia  
e Radioterapia do CACON  
HUPAA/UFAL/EBSERH

De acordo,

Assinatura e carimbo do (a) Chefe do CACON

  
Setor de Pesquisa e Inovação Tecnológica  
Hospital Universitário Prof. Alberto Antunes  
Av. Lourival Melo Mota, S/N  
Tabuleiro do Martins – Maceió - AL  
CEP: 57072-900  
Fone: 3202-3719 / 8121-1808

## ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UFAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE MULHERES ENFRENTANDO O CÂNCER GINECOLÓGICO

**Pesquisador:** Amuzza Aylla Pereira dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 23846919.5.0000.5013

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Alagoas

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.663.686

#### Apresentação do Projeto:

Os cânceres ginecológicos são um importante problema de Saúde Pública em todo o mundo. A doença é, ainda, uma das questões de grande relevância na área da saúde da mulher, visto ser a maior causa de óbitos por câncer na população feminina. O diagnóstico do câncer ginecológico e seu tratamento impactam diretamente na qualidade de vida, saúde física e emocional das mulheres. O estudo tem como objetivo principal as representações sociais de mulheres enfrentando o câncer ginecológico e o câncer de mama. O estudo proposto é do tipo qualitativo, descritivo e exploratório, e terá como local de estudo o Centro de Alta Complexidade em Oncologia de Maceió do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, localizado na capital do estado de Alagoas – Maceió, onde serão entrevistadas mulheres com idade superior a 18 anos que estejam enfrentando o câncer ginecológico ou o câncer mamário e que estejam na sala de espera aguardando quimioterapia, radioterapia ou consulta médica na unidade convidada a participar da pesquisa. O levantamento das informações será feito por meio de entrevista semiestruturada de forma individual com uso de gravador e utilização de um roteiro contendo a caracterização dos participantes e questões abertas quanto ao tema da investigação. As entrevistas serão transcritas na íntegra, analisados conforme a Análise do Conteúdo de Bardin e discutidos a luz da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici. A principal relevância desta pesquisa está na possibilidade de formar uma rede de apoio biopsicossocial para diminuir os impactos sociais e psicológicos que podem acompanhar a

**Endereço:** Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

**Bairro:** Cidade Universitária **CEP:** 57.072-900

**UF:** AL **Município:** MACEIO

**Telefone:** (82)3214-1041

**E-mail:** comiteedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.663.686

doença e subsidiar novas formas de apoio no enfrentamento dos cânceres ginecológicos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVOS**

**1 Objetivo geral:**

Compreender as representações sociais das mulheres que estão enfrentando o câncer ginecológico.

**2 Objetivos específicos:**

Descrever como a mulher enfrenta um câncer ginecológico;

Analisar as estruturas psicossociais relacionadas ao processo de enfrentamento do câncer ginecológico;

Avaliar a condição de saúde da mulher vivenciando o câncer ginecológico.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos relativos à pesquisa serão mínimos como, por exemplo, o incômodo ou insatisfação das participantes de responder a entrevista. Caso essa situação se concretize, a entrevista será interrompida definitivamente ou parcialmente a depender da escolha do participante da pesquisa, e a pesquisadora aceitará a decisão.

Os benefícios da pesquisa consistem em formar uma rede de apoio biopsicossocial para ajudar a mulher a enfrentar o câncer ginecológico e, conseqüentemente, diminuir os agravos sociais e psicológicos desenvolvidos pelo câncer. Os achados da pesquisa também podem contribuir trazendo subsídios relevantes no aprimoramento das políticas de atenção ao câncer.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo está de acordo com a resolução 510/16.

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

Termos apresentados em obediência a resolução 510/16.

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

Não há pendências

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Protocolo Aprovado

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,

Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900

UF: AL Município: MACEIO

Telefone: (82)3214-1041

E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.663.686

Prezado (a) Pesquisador (a), lembre-se que, segundo a Res. CNS 466/12 e sua complementar 510/2016: O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber cópia do TCLE, na íntegra, assinado e rubricado pelo (a) pesquisador (a) e pelo (a) participante, a não ser em estudo com autorização de declínio;

V.S<sup>a</sup>. deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade por este CEP, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata;

O CEP deve ser imediatamente informado de todos os fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É responsabilidade do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas a evento adverso ocorrido e enviar notificação a este CEP e, em casos pertinentes, à ANVISA;

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial;

Seus relatórios parciais e final devem ser apresentados a este CEP, inicialmente após o prazo determinado no seu cronograma e ao término do estudo. A falta de envio de, pelo menos, o relatório final da pesquisa implicará em não recebimento de um próximo protocolo de pesquisa de vossa autoria.

O cronograma previsto para a pesquisa será executado caso o projeto seja APROVADO pelo Sistema CEP/CONEP, conforme Carta Circular nº. 061/2012/CONEP/CNS/GB/MS (Brasília-DF, 04 de maio de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1450051.pdf	19/10/2019 21:44:45		Aceito
Declaração de Instituição e	Termo.pdf	19/10/2019 21:44:22	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALAGOAS



Continuação do Parecer: 3.663.686

Infraestrutura	Termo.pdf	19/10/2019 21:44:22	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Publicizacao.pdf	19/10/2019 21:43:46	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	19/10/2019 21:42:46	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	19/10/2019 21:42:37	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Rosto.pdf	19/10/2019 21:42:27	Amuzza Aylla Pereira dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 26 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**Luciana Santana**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Lourival Melo Mota, s/n - Campus A . C. Simões,  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 57.072-900  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (82)3214-1041 E-mail: comitedeeticaufal@gmail.com