A EXPERIÊNCIA DO CÂNCER DE MAMA: UMA AUTOETNOGRAFIA DOS IMPACTOS EMOCIONAIS E DOS PROCESSOS DE RESSIGNIFICAÇÃO DO SUJEITO[1]

Nádia Santos de Jesus Sena[2]

Jonatas Tourinho Rocha[3]

Resumo

Este estudo analisa os impactos emocionais e os complexos processos de ressignificação subjetiva decorrentes do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, articulando a experiência vivenciada pela autora aos referenciais teóricos da Psicologia da Saúde. A pesquisa, de natureza qualitativa e exploratória, adota a autoetnografia como método de investigação e elaboração psíquica, fundamentando-se em memórias, narrativas pessoais e registros clínicos de um diagnóstico ocorrido no ano de 2013. Os resultados revelam que o adoecimento gera um sofrimento psíquico intenso, diretamente marcado por sentimentos de medo, ansiedade e um profundo estranhamento com o próprio corpo diante das severas modificações físicas. Evidencia-se que o ato da escrita autoetnográfica funcionou como uma ferramenta terapêutica essencial, possibilitando a organização desse sofrimento e a reconstrução de novos sentidos vitais para o sujeito. Conclui-se que o acolhimento psicológico e a escuta qualificada e humanizada são dispositivos fundamentais para a reorganização da identidade feminina, promovendo uma assistência em saúde mais sensível, digna e integral.

Palavras-chave: Câncer de mama. Autoetnografia. Identidade feminina. Sofrimento psíquico.

Abstract

This study analyzes the emotional impacts and complex processes of subjective meaning-making resulting from breast cancer diagnosis and treatment, articulating the author's lived experience with the theoretical frameworks of Health Psychology. This qualitative and exploratory research adopts autoethnography as an investigative and psychological elaboration method, based on memories, personal narratives, and clinical records of a diagnosis that occurred in 2013. The results reveal that the illness generates intense psychological distress, directly marked by feelings of fear, anxiety, and a deep estrangement from one's own body in the face of severe physical changes. It is evident that the act of autoethnographic writing functioned as an essential therapeutic tool, enabling the organization of this suffering and the reconstruction of new vital meanings for the subject. In conclusion, psychological support and qualified, humanized listening are fundamental devices for the reorganization of female identity, promoting a more sensitive, dignified, and comprehensive healthcare assistance.

---

[1]Trabalho apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

[2]Graduanda em Psicologia pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). E-mail: nadiasantossena@gmail.com

[3] Mestre em Família pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Especialista em Gerontologia, Psicopatologia e Curso de Vida (UCSal). Docente do Curso de Graduação em Psicologia da UCSal. E-mail: jonatas.rocha@pro.ucsal.br.

Keywords: Breast cancer. Autoethnography. Female identity. Psychological distress.

INTRODUÇÃO

O despertar para este estudo nasce da urgência em conferir visibilidade e significado à experiência vivida por milhares de mulheres que, ao se depararem com o diagnóstico de câncer de mama, enfrentam não apenas um processo biológico degenerativo, mas um profundo abalo emocional e existencial. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama é a neoplasia maligna mais incidente entre as mulheres no Brasil, atrás apenas do câncer de pele não melanoma. Para o triênio de 2023-2025, tomado como base epidemiológica para este desenho de pesquisa, estimavam-se 73.610 novos casos anuais, o que representa um risco estimado de 66,54 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2023). No cenário global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que esta é a principal causa de mortalidade por câncer entre o público feminino, evidenciando sua relevância crítica como problema de saúde pública e social.

A magnitude epidemiológica é acompanhada por uma carga de sofrimento psíquico elevada. Dados do International Agency for Research on Cancer (IARC) reforçam que o impacto psicossocial do diagnóstico é frequentemente subestimado nas métricas puramente clínicas. Estudos apontam que cerca de 40% a 50% das pacientes oncológicas apresentam níveis significativos de sofrimento psíquico, com prevalência acentuada de sintomas depressivos e ansiosos que comprometem a qualidade de vida (SILVA et al., 2020). Nesse cenário, cada diagnóstico carrega histórias atravessadas por medo, incerteza e uma radical transformação da subjetividade.

Minha motivação pessoal para este trabalho iniciou-se em agosto de 2013. Recordo-me com clareza: era um dia dedicado ao cuidado com meu pai, que estava sob minha responsabilidade. Ao me preparar para dormir, o toque inadvertido revelou um nódulo na mama direita. Naquele instante, o silêncio foi minha primeira resposta, uma tentativa de suspender o tempo diante da possibilidade do adoecimento. Conforme Zimerman (1999), a negação pode funcionar como mecanismo de defesa diante do desamparo.

Historicamente, a ciência abordou o câncer a partir de uma perspectiva predominantemente biomédica, centrada em protocolos e intervenções clínicas de caráter curativo. No entanto, a experiência do adoecimento ultrapassa os limites do organismo. É nesse contexto que a autoetnografia se apresenta como uma ferramenta potente de investigação, ao possibilitar a produção de um conhecimento situado, no qual a pesquisadora se reconhece simultaneamente como sujeito e objeto de análise, conferindo rigor metodológico à subjetividade (SANTOS, 2017).

A literatura aponta que o adoecimento crônico pode ser compreendido como uma ruptura biográfica. Conforme Bury (1982), a doença interrompe a continuidade da vida, exigindo uma reorganização drástica da identidade. No caso do câncer de mama, essa ruptura é intensificada pelo valor simbólico atribuído às mamas na construção social da feminilidade. Nesse sentido, Goffman (1988) contribui ao discutir o estigma e a "identidade deteriorada", evidenciando como alterações corporais podem impactar a percepção de si e o lugar social da mulher.

Além disso, autores da Psicologia da Saúde ressaltam que a autoimagem constitui um dos pilares mais afetados, especialmente em condições que implicam modificações corporais visíveis (CASH; PRUZINSKY, 2002). No Brasil, Gimenez (1994) destaca que a mama é o órgão que simboliza a identidade sexual e nutriz da mulher; portanto, sua alteração ou perda atinge o cerne da autoimagem feminina, provocando sentimentos de mutilação que vão além da estética. A mastectomia, por exemplo, torna-se um evento traumático que pode desencadear sentimentos de fragmentação e estranhamento, exigindo um intenso trabalho psíquico de reconstrução do "Eu".

Diante desse panorama, este artigo tem como objetivo geral investigar os impactos emocionais e os caminhos de ressignificação vivenciados após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Como objetivos específicos, propõe-se: (1) analisar o impacto emocional do diagnóstico à luz da literatura e da experiência vivida; (2) discutir a autoetnografia como ferramenta de compreensão e organização do sofrimento psíquico; e (3) refletir sobre os processos de reconstrução da identidade feminina no período pós-mastectomia.

METODOLOGIA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de natureza qualitativa e caráter exploratório, voltada à compreensão de fenômenos complexos e subjetivos que não podem ser quantificados. A escolha pela abordagem qualitativa justifica-se pela necessidade de investigar a profundidade das experiências e os significados atribuídos pela pesquisadora ao seu próprio processo de adoecimento, priorizando a análise dos processos psicossociais em detrimento de métricas puramente estatísticas (MINAYO, 2012). O percurso metodológico busca, portanto, não a generalização dos resultados, mas a compreensão das nuances que compõem o universo da mulher acometida pelo câncer de mama.

O método central adotado é a autoetnografia, uma abordagem que busca descrever e analisar sistematicamente a experiência pessoal para compreender a experiência cultural, social e institucional. Segundo Santos (2017), a autoetnografia rompe com o dualismo tradicional entre pesquisador e objeto, permitindo que a trajetória da pesquisadora sirva como fonte primária de dados. Neste estudo, a vivência do diagnóstico e tratamento, iniciada em 2013, é utilizada como o caso em análise, estabelecendo um diálogo constante entre a memória individual e as teorias da psicologia da saúde. Este método exige o que a literatura define como "vulnerabilidade relacional", em que o pesquisador se expõe para produzir um conhecimento que possa gerar empatia e novas perspectivas sobre o cuidado em saúde.

Para a reconstrução e análise da experiência vivida, foram utilizados múltiplos procedimentos de levantamento de dados que garantem a triangulação das informações. A investigação fundamenta-se na análise de documentos pessoais e registros clínicos, como laudos, exames e prontuários médicos, que funcionam como âncoras de realidade e marcos cronológicos do adoecimento biológico. Somam-se a isso o esforço de memória retrospectiva e a utilização de memórias escritas, que permitem resgatar afetos, medos e percepções vivenciados durante as etapas críticas da quimioterapia e da mastectomia. Esse material é submetido a um processo de narrativa reflexiva, no qual a escrita em primeira pessoa possibilita o "estranhamento" necessário para observar a própria vivência sob uma lente teórica analítica, transformando o "Eu" que sofreu no "Eu" que investiga.

A análise dos dados segue o modelo da análise narrativa, organizando o material coletado de forma cronológica e temática para identificar as chamadas

"epifanias" ou eventos marcantes que alteraram o curso da vida. O processo consiste na identificação de categorias emergentes, tais como o impacto emocional do diagnóstico, a alteração da autoimagem e os caminhos para a ressignificação da identidade feminina. A fundamentação teórica baseia-se na articulação entre autores brasileiros e internacionais que discutem a subjetividade na oncologia, criando um solo seguro para transitar entre o papel de sujeito que vivenciou a doença e o de pesquisadora que analisa o sofrimento psíquico.

No que tange aos aspectos éticos, por se tratar de uma pesquisa autoetnográfica que utiliza exclusivamente experiências e narrativas da própria autora, sem envolvimento direto de terceiros, este estudo não necessita de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, em estrita consonância com a Resolução CNS nº 510/2016. No entanto, mantém-se o compromisso ético com a veracidade do relato, a responsabilidade na produção científica e o cuidado no manejo de informações sensíveis. A validade deste estudo é sustentada pela credibilidade, autenticidade e utilidade pedagógica e clínica do relato, buscando oferecer ao campo da Psicologia uma compreensão mais humanizada e aprofundada acerca dos processos de adoecimento e reconstrução da vida após o câncer.

É importante destacar que, na autoetnografia, a escrita não é apenas um meio de relatar fatos, mas sim um processo de elaboração psíquica. Ao colocar a dor e as memórias no papel, a pesquisadora realiza um exercício de organização do sofrimento interno provocado pelo diagnóstico. Esse movimento permite que experiências que antes eram apenas "sentidas" passem a ser "pensadas" e analisadas. Dessa forma, o texto se torna um espaço de mediação, onde o sofrimento individual ganha contornos teóricos, ajudando a transformar uma vivência traumática em um recurso de aprendizado tanto para quem escreve quanto para quem lê (SANTOS, 2017).

Por fim, este percurso metodológico busca conectar a história particular da autora com as vivências de tantas outras mulheres que passam pelo mesmo processo. A escolha por este caminho justifica-se pela crença de que a ciência não deve ser feita apenas de números e fórmulas, mas também de humanidade e presença. Esta pesquisa pretende romper com o silêncio que muitas vezes envolve o adoecimento oncológico, oferecendo uma lente mais sensível e empática para os profissionais da Psicologia que atuam no acolhimento de pacientes em tratamento.

O IMPACTO EMOCIONAL E A FRAGMENTAÇÃO DA IDENTIDADE

Como bem resume a psiquiatra Aline Rangel (2020), o câncer, no imaginário social, ainda evoca de forma quase automática a imagem de um tratamento doloroso, marcado pela perspectiva aterrorizante de “ficar careca e ter as mamas mutiladas”. Por isso, receber a notícia de um diagnóstico de câncer de mama é um evento traumático que desorganiza o psiquismo de forma abrupta. Para a maioria das mulheres, o diagnóstico é imediatamente associado ao medo da aniquilação e da finitude. Diante dessa notícia avassaladora, o ego, em uma tentativa desesperada de preservação, utiliza mecanismos de defesa clássicos, como a negação e o isolamento do afeto, para processar a informação em doses suportáveis. A paciente entra em um estado de vigília constante, onde a ansiedade e o medo do desconhecido passam a ditar o ritmo frenético e angustiante dos dias, transformando a rotina antes estável em um cenário de incertezas.

É inegável que o diagnóstico do câncer de mama gera sentimentos díspares e conflitantes no que tange à saúde mental do indivíduo. Sentimentos de angústia profunda, frustração, raiva e tristeza são alguns dos relatos mais comuns entre as mulheres diagnosticadas com a doença. Além disso, há uma preocupação latente com as repercussões psicológicas que geralmente envolvem o desenvolvimento de transtornos de ansiedade e depressão. No enfrentamento ao câncer de mama, a mulher não tem apenas que lidar com a notícia devastadora; surge também a preocupação aflitiva no que diz respeito aos diversos tipos de tratamento aos quais a paciente pode ser submetida. Procedimentos como a radioterapia e a quimioterapia são frequentemente vivenciados como fontes de dor física, estresse crônico, irritabilidade, autoestima severamente baixa e diversas outras repercussões psicológicas que comprometem o bem-estar integral (CAMARGO; MAIA, 2020).

O câncer de mama configura-se, assim, como uma das patologias de maior repercussão na subjetividade feminina, exigindo uma análise rigorosa que ultrapasse o sintoma clínico e alcance a integridade psíquica da paciente. No campo da Psicologia, esse fenômeno deve ser compreendido a partir da Fenomenologia da Percepção de Maurice Merleau-Ponty (2011), especificamente através do conceito de corpo-próprio, que postula que a identidade não é uma construção abstrata da

mente, mas uma experiência vivida de forma plena através da corporeidade e da presença física no mundo.

Para Merleau-Ponty (2011), o corpo é o nosso veículo de ser no mundo, o que significa que possuir um corpo é, para um ser vivo, conectar-se a um meio determinado e confundir-se com certos projetos existenciais. A identidade, portanto, depende da síntese permanente entre o corpo-sujeito e o mundo exterior. No contexto do câncer de mama, ocorre uma ruptura catastrófica nessa harmonia. Quando a mulher recebe o diagnóstico e é submetida a tratamentos invasivos, a sua relação pré-reflexiva com o próprio corpo, aquela transparência em que não precisamos pensar no corpo para agir, é substituída por uma consciência objetivante. A fragmentação da identidade surge no exato momento em que o corpo, antes funcional e familiar, torna-se um objeto estranho, opaco e ameaçador. A mulher deixa de "ser" plenamente o seu corpo para "ter" um corpo doente, processo que gera um impacto emocional caracterizado pelo estranhamento radical de si mesma.

Essa fragmentação é exacerbada pela tensão entre o que Merleau-Ponty (2011) denomina de "corpo habitual" e "corpo atual". O corpo habitual é aquele conjunto de esquemas e memórias motoras que nos permitem agir no mundo sem hesitação; é o corpo que sabe como se vestir, como abraçar e como se movimentar no espaço com naturalidade. O corpo atual, por outro lado, é o corpo modificado pela cirurgia, a retirada de parte ou de toda a mama, e pela fadiga debilitante do tratamento. Pude sentir na pele como a retirada parcial da mama produz uma ruptura violenta entre o corpo que se reconhecia anteriormente e o corpo reconstruído após tratamento. A mulher pode, por exemplo, sentir o "fantasma" da mama ausente ou tentar realizar um movimento que o novo estado físico limita de forma cruel. Essa falta de coincidência entre o corpo que se "era" e o corpo que se "está" produz uma fissura na identidade, resultando em sentimentos de incompletude e na percepção de um "Eu" partido em mil pedaços. Como bem ressaltam Silva et al. (2020), após a confirmação do diagnóstico, uma gama de sentimentos surge na mulher, variando conforme a interpretação individual do significado social atribuído à doença e à fase específica que ela enfrenta.

A fragmentação identitária manifesta-se, muitas vezes, como uma despersonalização, onde a paciente olha-se no espelho e não reconhece a figura refletida como sendo ela mesma. A cicatriz, nesse cenário, deixa de ser apenas um

sinal de cura para tornar-se uma marca indelével da vulnerabilidade biológica, fixando a mulher em uma temporalidade de adoecimento que dificulta a projeção de qualquer futuro saudável. Quando a patologia se instala, o "Eu posso", que define a relação da mulher com seu entorno, é severamente comprometido, dando lugar a uma sensação de "Eu não posso mais". Esse impacto emocional não é uma reação secundária, mas uma transformação ontológica: a mulher deixa de habitar seu corpo com a naturalidade de quem ocupa uma casa e passa a vivenciá-lo como um território invadido e desconhecido. O impacto do diagnóstico é visto como uma “bomba com potenciais nucleares” na saúde mental; acredita-se que não haverá tratamento eficaz e que os dias estão contados, um sentimento manifestado por pensamentos negativos e desesperança absoluta (BARROS et al., 2018).

Nesse processo de desintegração, o impacto emocional é agravado pela perda da transparência corporal. O corpo saudável é silencioso; ele nos permite focar nos objetos do mundo sem exigir atenção para si mesmo. No entanto, o surgimento do tumor e os efeitos colaterais do tratamento, como o linfedema, a fadiga extrema e a náusea constante, tornam o corpo "barulhento" e onipresente. Essa ruptura com a própria imagem resulta em uma alienação de si, na qual a paciente passa a perceber o seu corpo apenas como um objeto externo em agonia. A identidade fragmentada surge desse descompasso entre a vontade psíquica e a resposta somática. O choque inicial abrange desde preocupações relacionadas ao preconceito e ao estigma até o receio da morte e da recidiva. Fatores culturais, sociais e econômicos influenciam esse processo, tornando a experiência laboral e pessoal algo transformado pelo impacto do câncer, afastando as pacientes de suas rotinas habituais e gerando transtornos psicossociais severos (SILVA et al., 2020).

A dimensão da intersubjetividade na relação com o outro também é crucial na fenomenologia merleau-pontyana para entender o impacto emocional. O corpo é um ser de dois aspectos: é visível para os outros e sensível para si mesmo. A identidade feminina é construída, em grande parte, através do olhar social que supervaloriza a mama como símbolo de maternidade e erotismo. Quando esse atributo é removido ou alterado, a mulher percebe uma alteração no "olhar do outro", o que frequentemente é internalizado como estigma. Esse fenômeno contribui para a retração social e para o comprometimento da vida íntima, visto que a paciente passa a antecipar a rejeição. Pesquisas apontam que a disfunção sexual e a queda da libido atingem até 77% das sobreviventes, não apenas por questões hormonais, mas

pela perda da sensação de ser um sujeito desejável no campo da intersubjetividade (MATHIAS et al., 2022).

A perda dos cabelos, resultante da toxicidade quimioterápica, atua como um agravante na visibilidade da fragmentação. Para Merleau-Ponty (2011), o corpo é a nossa "exposição ao mundo". A alopecia retira da mulher o controle sobre a narrativa da sua própria saúde, expondo publicamente a sua condição de doente. Isso gera um impacto de perda de autonomia e privacidade, onde a identidade de "mulher", "profissional" ou "mãe" é temporariamente eclipsada pela identidade de "paciente oncológica". Essa redução do ser à doença é o ápice da fragmentação, onde a multiplicidade de papéis é sufocada pela urgência do tratamento médico. O abalo emocional é inevitável e o medo passa a ser gerado por situações potencialmente ameaçadoras à vida (URIO et al., 2019).

A dimensão do mundo também se retrai, contribuindo para a sufocação da identidade. Para Merleau-Ponty (2011), o espaço não é apenas um receptáculo, mas o campo de nossas possibilidades existenciais. Na experiência do câncer, o horizonte do mundo da mulher encolhe para as paredes dos consultórios e o perímetro da própria dor. Esse encolhimento reflete-se na subjetividade como uma perda de autonomia. A fragmentação ocorre quando a multiplicidade de papéis que compunham o "Ser-no-mundo" é reduzida à sobrevivência biológica. O impacto dessa redução é devastador, aprisionando a paciente em uma temporalidade circular de exames e incertezas. Problemas psicológicos como ansiedade e depressão geram fadiga, distúrbios do sono e baixa imunidade, exacerbando o sentimento de impotência e pessimismo (BRINGEL et al., 2022).

Estudos indicam que mulheres mais jovens tendem a sofrer mais com o diagnóstico, pois estão no chamado “auge da vida”, com mais planos e objetivos interrompidos do que mulheres em idade avançada (MATHIAS et al., 2022). As preocupações com a fertilidade e a prática sexual tornam-se centrais, e a intersubjetividade desempenha um papel cruel: o espelho da sociedade, ao encontrar a ausência da mama, devolve uma imagem de incompletude. Essa percepção externa é internalizada como uma marca de inferioridade existencial, onde a paciente sente que sua essência feminina foi diluída.

Por fim, a superação dessa fragmentação exige o que Merleau-Ponty (2011) descreve como a conquista de um novo equilíbrio existencial. A reconstrução da identidade não é um retorno ao passado, mas a criação de uma nova síntese

corporal que inclua a experiência do câncer como parte da historicidade do sujeito. A ressignificação da cicatriz e a aceitação do novo esquema corporal são passos fundamentais para que a mulher possa, gradualmente, habitar seu corpo plenamente de novo. O suporte psicológico clínico, fundamentado na escuta fenomenológica, permite que a paciente elabore o luto pelo corpo perdido e desenvolva uma nova intencionalidade, transformando o corpo-objeto da medicina novamente em um corpo-sujeito capaz de desejar e significar sua própria existência. A identidade será reconstruída através de uma nova percepção de si, onde a vulnerabilidade deixa de ser apenas uma marca de destruição para tornar-se o solo de uma nova e resiliente maneira de ser e de sentir.

CAMINHO METODOLÓGICO: A AUTOETNOGRAFIA E A ESCRITA DE SI

Nesse exercício que a autoetnografia propõe, cabe primeiro perguntar: como sustentar a própria existência quando o espelho nos devolve um reflexo fragmentado entre a filha que vela o pai e a mulher que vigia o próprio nódulo? A escrita de si aqui não é um diário de lamentações, mas um espaço onde a experiência vivida deixa de ser apenas dor para tornar-se possibilidade de compreensão e construção de sentido. Nesse percurso, questiona-se: até que ponto a frieza do diagnóstico de “carcinoma invasivo” tentou sequestrar a minha história, reduzindo o calor das minhas memórias a protocolos e classificações hospitalares?

Ao cruzar o luto da morte do meu pai com o luto da minha própria integridade física, vi-me mergulhada em um “não-tempo”, onde a urgência do tratamento atropelava o tempo do choro e da elaboração da perda. Mas será que a cura mora no silenciamento dessa dor ou na coragem de reconhecer a precariedade do corpo e da existência? O adoecimento não atravessa somente a dimensão física; ele invade identidades, modifica relações e reorganiza profundamente a forma como habitamos a própria vida.

Frequentemente, a sociedade nos empurra a máscara da “guerreira imbatível”, sobretudo diante do câncer. Existe uma expectativa silenciosa de força permanente, de coragem inabalável e de superação constante. Mas eu pergunto, ao leitor e à própria Psicologia: onde fica o direito de ser apenas humana, frágil e

exausta? Onde cabe o medo, a vulnerabilidade e o peso de uma quimioterapia que invade não apenas as veias, mas a identidade?

Se o olhar clínico me objetifica e me transforma em “caso clínico”, a minha escrita me subjetiva de volta, devolvendo-me a agência sobre um corpo que, embora marcado, agora possui voz própria. Mais do que registrar acontecimentos, escrever me permite organizar experiências e atribuir sentido ao que antes parecia apenas ruptura. A palavra torna-se, assim, um espaço de retomada de si.

As cicatrizes, nesse percurso, deixam de ser apenas marcas da doença para se transformarem em registros de uma travessia que não permite retorno ao estado anterior. Elas narram que a saúde não é a volta ao que se era antes, como se fosse possível apagar o trauma, mas a invenção de novas formas de existir. Afinal, como habitar um corpo que se tornou estranho e, ainda assim, encontrar nele um lugar para florescer?

É nesse espaço que a escrita assume a narrativa da própria vida. Ela não surge para enfeitar a dor, mas para preencher o silêncio deixado pelo olhar clínico e pela frieza do diagnóstico. Esse ato de narrar é o que me permite desconstruir a “paciente” para reencontrar a “sujeita”, permitindo que minha voz deixe de ser o eco da patologia para se tornar a ferramenta que demarca, com autonomia, o sentido das minhas marcas.

E é justamente nesse movimento que a autoetnografia encontra sua força. Ao narrar a própria experiência, deixo de ocupar apenas o lugar de quem viveu a doença para também assumir o lugar de quem produz conhecimento a partir dela. O que inicialmente parecia uma experiência individual revela, aos poucos, dimensões coletivas, sociais e subjetivas. Minha história deixa de falar apenas sobre mim e passa a dialogar com outras vivências atravessadas pelo adoecimento, pelo medo e pelas transformações que surgem quando a vida é atravessada por uma ruptura tão profunda.

Ao revisitar essa trajetória, compreendo que a doença não transformou apenas meu corpo; ela alterou minha relação com o tempo, com a finitude, com os afetos e com a própria ideia de controle. Há experiências que produzem mudanças tão intensas que tornam impossível retornar à forma anterior de existir. O câncer foi uma dessas experiências. Não porque tenha apagado quem eu era, mas porque reorganizou a maneira como eu compreendia a vida. Algumas certezas deixaram de existir; outras precisaram ser reconstruídas em meio às incertezas.

Talvez por isso esse processo não aconteça de maneira linear. Não existe uma linha reta entre adoecer, tratar e seguir em frente. Existem interrupções, retornos inesperados, lembranças que reaparecem e marcas que permanecem mesmo quando o tratamento termina. A temporalidade do câncer não acompanha o calendário médico; ela continua presente nos exames de rotina, nos medos silenciosos e na consciência de que certas experiências passam a habitar a vida de forma permanente.

Escrever sobre isso não significa permanecer presa à dor. Trata-se de uma tentativa de organizar aquilo que, por muito tempo, pareceu impossível traduzir em palavras. Como aponta Pennebaker (1997), a narrativa de experiências traumáticas pode favorecer a reorganização emocional e a construção de novos significados para aquilo que foi vivido. A escrita, nesse contexto, deixa de ser apenas registro e passa a ocupar um espaço de elaboração e compreensão da própria experiência.

Ao olhar para trás, compreendo que o câncer deixou marcas que ultrapassam cicatrizes físicas. Algumas são visíveis; outras permanecem inscritas em lugares que os exames não alcançam. Ainda assim, a experiência não me reduziu à condição de paciente. Entre perdas e mudanças, permaneceu algo que a doença não foi capaz de retirar: a possibilidade de falar sobre a própria trajetória e reconhecer que, mesmo diante das rupturas, a existência continua produzindo novos sentidos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: ENTRE CICATRIZES E RENASCIMENTOS

A discussão sobre os resultados desta jornada não pode ser feita de forma fria ou tabelada. Ao olhar para todo o trajeto percorrido desde aquele agosto de 2013, percebe-se que a ressignificação após o câncer de mama acontece em um espaço, muitas vezes solitário, entre a mulher que eu era e a que eu ainda estava tentando descobrir como ser. Os ciclos de quimioterapia não foram apenas procedimentos hospitalares de rotina; eles funcionaram como marcos geográficos que redesenharam o mapa do meu próprio corpo e da minha alma, impondo uma divisão dolorosa entre a necessidade de "retirar o mal" para sobreviver e o peso de perder um símbolo que, para a nossa cultura, representa tanto a feminilidade quanto

a maternidade e o afeto. Nesse cenário, a cura médica chega acompanhada de um luto simbólico que os protocolos muitas vezes ignoram.

Essa caminhada de reconstrução não ignora a cicatriz, mas a transforma em um mapa de resistência que eu precisei aprender a ler. Como bem aponta James Pennebaker (1997), a narrativa da própria dor é o que permite que a gente comece a juntar os cacos do que foi quebrado por dentro. No meu caso, esse processo foi ainda mais complexo porque eu não tinha apenas um câncer para enfrentar; eu tinha dois cânceres ocupando a mesma casa e o mesmo tempo. Enquanto eu processava o choque do meu diagnóstico de carcinoma invasivo em agosto, eu segurava a mão do meu pai no seu declínio final até o sepultamento em setembro do mesmo ano. Viver esses lutos sobrepostos revelou que o sofrimento não segue uma linha reta. Eu precisei "congelar" a minha dor pela morte dele para conseguir operar o meu próprio corpo. Era como se eu estivesse em uma sala de espera eterna, onde o cheiro do hospital se misturava ao cheiro das flores do velório. A ressignificação, portanto, não nasceu de uma iluminação súbita, mas da necessidade bruta de continuar respirando quando o chão da identidade parecia ter sumido.

A experiência de ser uma "paciente oncológica" traz uma violência simbólica que raramente é discutida: a objetificação. No momento em que entramos nas engrenagens do sistema de saúde, deixamos de ser mulheres com histórias, sonhos e medos para nos tornarmos resultados de biópsias, marcações cirúrgicas e protocolos químicos. Eu me senti fragmentada sob o olhar clínico, como se a minha identidade pudesse ser reduzida a uma lâmina de microscópio. É aqui que a autoetnografia entra como um ato de retomada. Escrever sobre o frio da sala de cirurgia, sobre a sensação de ver o cabelo cair no ralo do chuveiro ou sobre o medo de cada novo exame é o que me permitiu não ser apenas um prontuário. A escrita me devolveu o nome e a dignidade. O "renascimento" ocorre exatamente quando a gente entende que, embora o câncer tenha escrito capítulos assustadores, somos nós que detemos a caneta para redigir o sentido final dessa história. A feminilidade, que antes parecia ligada à estética da mama, precisou ser integralmente reinventada para além do que o espelho mostrava.

Nesse processo de voltar à vida, a rede de apoio e o afeto real foram o que impediram que a depressão ou o isolamento vencessem. O diálogo com quem ficou ao meu lado, a família que sustentou o silêncio, os amigos que trouxeram normalidade para um cotidiano difícil, foi essencial para que eu recuperasse a

confiança de que eu ainda era uma pessoa inteira, e não apenas alguém "mutilada". Muitas vezes, a espiritualidade e a fé também funcionaram como uma âncora invisível. Não falo aqui apenas de religião, mas daquela força que nos faz acreditar na cura mesmo quando as estatísticas de incidência do Ministério da Saúde (2023) tentam nos reduzir a números. A confiança na vida surge quando percebemos que a nossa subjetividade permanece viva, mesmo quando o corpo é modificado. Através da escrita, transformei aquele silêncio paralisante em um manifesto de sobrevivência, construindo uma ponte para que outras mulheres também encontrem suas vozes no meio da tempestade.

É fundamental também questionar essa pressão social pela "superação heróica". Susan Sontag (2007) critica duramente as metáforas militares que tratam a doença como uma batalha, pois isso impõe à mulher uma obrigação de otimismo que é exaustiva e muitas vezes sufocante. Houve dias em que eu não fui "guerreira"; eu fui apenas uma mulher cansada e com medo. Reconhecer o direito à vulnerabilidade é um passo essencial para a saúde mental.

A resiliência não é a ausência da dor, mas a capacidade de integrar essa dor à nossa nova forma de existir. Georges Canguilhem (2009) define a saúde como a capacidade de criar novas normas para a vida, e é isso que eu fiz: criei uma nova norma onde a cicatriz faz parte da minha beleza e onde a consciência da finitude me faz viver com mais urgência e verdade. Transformar a dor em conhecimento compartilhado é o que dá sentido a cada marca deixada pelo caminho. Minhas cicatrizes são lembretes de que a vida, mesmo atravessada pela ruptura, sempre encontra um caminho para se reconstruir e florescer de formas que eu nunca imaginei serem possíveis antes de agosto de 2013.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta pesquisa, compreende-se que o câncer de mama não pode ser interpretado apenas como uma condição orgânica localizada no corpo feminino. Trata-se de uma experiência complexa, atravessada por dimensões emocionais, sociais, culturais e existenciais que transformam profundamente a maneira como a mulher percebe a si mesma, o próprio corpo e o mundo ao seu redor. O

adoecimento oncológico rompe continuidades, desorganiza projetos de vida e impõe uma reconstrução subjetiva marcada por medo, vulnerabilidade e ressignificação.

A partir da articulação entre teoria e experiência vivida, este estudo permitiu compreender que o impacto emocional do diagnóstico vai muito além do temor da morte. O câncer de mama produz alterações significativas na identidade feminina porque atinge um órgão historicamente carregado de simbolismos ligados à feminilidade, maternidade, sexualidade e autoestima. Mesmo quando a cirurgia não envolve a retirada total da mama, as mudanças corporais decorrentes do tratamento podem provocar sentimentos intensos de estranhamento, fragmentação e perda da familiaridade com o próprio corpo. O corpo, antes vivido de forma espontânea, passa a ser percebido através da dor, das cicatrizes, da vigilância constante e da consciência da própria fragilidade.

Nesse sentido, a fenomenologia de Merleau-Ponty (2011) possibilitou compreender que a experiência corporal é também uma experiência identitária. O adoecimento modifica não apenas o organismo, mas o modo de existir no mundo. A mulher deixa de habitar o corpo com naturalidade e passa a relacionar-se com ele como um território marcado pela intervenção médica, pelo medo da recidiva e pelas consequências físicas e emocionais do tratamento. Essa ruptura evidencia que o sofrimento psíquico não é um efeito secundário da doença, mas parte constitutiva da experiência oncológica.

A autoetnografia mostrou-se fundamental como caminho metodológico e também como ferramenta de elaboração emocional. Escrever sobre a própria experiência permitiu transformar memórias dolorosas em reflexão crítica, possibilitando que a narrativa deixasse de ser apenas uma expressão de sofrimento para tornar-se também produção de conhecimento. A escrita de si revelou-se um espaço de reorganização subjetiva, no qual foi possível reconstruir sentidos, elaborar lutas e devolver humanidade a uma experiência frequentemente reduzida a exames, protocolos e diagnósticos clínicos.

Ao revisitar minha trajetória, tornou-se impossível dissociar o adoecimento do contexto emocional em que ele emergiu. O diagnóstico ocorreu em meio ao processo de adoecimento e perda do meu pai, fazendo com que o luto e o câncer coexistissem no mesmo espaço emocional. Essa sobreposição revelou que o sofrimento humano não ocorre de maneira compartimentalizada. Enquanto tentava sustentar o cuidado do outro, eu também precisava aprender a lidar com a ameaça

que surgia dentro do meu próprio corpo. O silêncio, a negação inicial e o medo não foram sinais de fraqueza, mas mecanismos de sobrevivência diante de uma realidade emocionalmente insuportável.

Além disso, esta pesquisa permitiu refletir criticamente sobre os discursos sociais que romantizam o câncer através da ideia da “mulher guerreira”. Embora a resiliência seja importante, a imposição constante da força pode silenciar dores legítimas e dificultar a elaboração emocional do adoecimento. Houve momentos em que sobreviver significou apenas continuar existindo apesar do medo, da exaustão e da incerteza. Reconhecer a vulnerabilidade como parte da experiência humana é essencial para práticas clínicas mais éticas, acolhedoras e humanizadas.

O estudo também reforça a importância do suporte psicológico no contexto oncológico. A escuta clínica sensível, o acolhimento emocional e a possibilidade de expressão subjetiva mostrou-se fundamental para a reconstrução da autoestima e da identidade feminina após o tratamento. A mulher em processo de adoecimento não precisa apenas de intervenções médicas; ela necessita ser reconhecida em sua integralidade, com seus medos, conflitos, histórias e afetos.

Por fim, esta pesquisa reafirma que a ciência também pode ser construída a partir da sensibilidade, da memória e da experiência. Produzir conhecimento sobre o câncer de mama a partir da autoetnografia foi uma forma de romper o silêncio que frequentemente envolve o sofrimento feminino no adoecimento oncológico. Mais do que relatar uma experiência individual, este trabalho buscou construir pontes de identificação e acolhimento para tantas outras mulheres que atravessam processos semelhantes.

Hoje compreendo que sobreviver não significou retornar à mulher que existia antes de agosto de 2013. A experiência do câncer modificou meu corpo, minha percepção de mundo e minha forma de existir. No entanto, entre cicatrizes, perdas e reconstruções, também revelou novas formas de permanência, consciência e sensibilidade. As marcas deixadas pelo tratamento não representam apenas dor; elas testemunham uma travessia. E talvez seja justamente nisso que reside a maior ressignificação desta experiência: entender que florescer após o trauma não significa apagar as marcas da ruptura, mas aprender a existir com elas de maneira mais consciente, humana e verdadeira.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática.**Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/7Zv4V8CxJ6WDfdj6qmXZLrg/?lang=pt.

ARAÚJO, M. C. G. et al. Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos e investigação de dor total. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 8, p. 1-12, 2024. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17131.

BARROS, A. C. S. D. et al. **Mastologia prática**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do câncer**: aspectos básicos de cancerologia. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/livro-abc-6-edicao-2020.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama

BRINGEL, A. S. et al. Implicações psicossociais e qualidade de vida no adoecimento oncológico crônico. **Revista de Psicologia e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 115-128, 2022.

CAMPOS, E. M. P.; RODRIGUES, A. L.; CASTANHO, P. Intervenções psicológicas na psico-oncologia. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 29, n. 1, p. 41-47, 2024. Disponível em: https://repositorio.usp.br/item/003035279.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

RODRIGUES, Rosi Santos Pestana *et al*. Câncer de mama, alopecia e gênero: o corpo feminino em reconstrução. **Revista Científica de Estética e Cosmetologia**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 1-4, 2025.

CARVALHO, M. M. **Psico-oncologia**: história, características e desafios. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

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

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA).***Estimativa 2023**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2023. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil.

MACHADO, L. V.; SOUZA, M. R. O acompanhamento psicológico na reconstrução da identidade pós-câncer de mama. **Cadernos de Psicologia Social**, v. 24, n. 1, p. 89-104, 2021.

MATHIAS, P.; SILVA, R. T.; OLIVEIRA, L. M. Imagem corporal e disfunção sexual em mulheres sobreviventes de câncer de mama: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 44, n. 3, p. 250-258, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgo/

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

PEREIRA, D.; MARTINELLI BRAGA, A. A. A mastectomia e a ressignificação do corpo no feminino. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, p. 40-52, 2016. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/psicologia/article/view/601.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Estratégias de enfrentamento em pacientes com câncer de mama. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 23, n. 3, p. 317-325, 2007. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/QcrnHpjNLn3FvbJ59pLvZgJ/?format=pdf&lang=pt.

SANTOS, G. G. S. A autoetnografia como método de pesquisa qualitativa. **Revista de Pesquisa em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 20-35, 2017.

SILVA, G. B.; FERREIRA, M. A. Representações sociais do corpo e da mama para mulheres mastectomizadas: um enfoque fenomenológico. **Psicologia em Estudo**, v. 25, e44211, p. 1-15, 2020.

URIO, M.; SCHNEIDER, D. R. A cicatriz da mastectomia e seus significados: o olhar da fenomenologia merleau-pontyana. **Revista da SPAGESP** v. 20, n. 1, p. 112-125, 2019. Disponível em:

VERSOLATO, M. **Câncer, direito de saber**: as histórias de quem enfrentou a doença e os avanços da medicina. São Paulo: Publifolha, 2011.