

## **IMPACTO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER\***

**Raquel Ayres de Almeida**

### **RESUMO**

Este estudo, realizado através de uma revisão de literatura, dedicou-se a promover o conhecimento a respeito do impacto da mastectomia na vida da mulher. Para isso, investigou-se as possíveis modificações ocorridas na vida dessas mulheres no que se refere às repercussões psicológicas, relacionamento familiar, funcionamento social, imagem corporal e sexualidade, qualidade de vida e a possibilidade da reconstrução da mama. A literatura indica que o relacionamento familiar exerce um papel primordial na vida destas mulheres, funcionando como apoio e ajuda para suportarem melhor o diagnóstico e suas conseqüências. A mutilação da mama, um órgão característico da feminilidade, resulta na alteração negativa da imagem corporal, representando uma limitação estética e funcional que pode trazer prejuízo na satisfação sexual. Porém, a qualidade dos relacionamentos afetivos das mulheres com seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, parece ser um fator de forte influência na qualidade de vida entre o casal após o diagnóstico e mutilação. As relações sociais são profundamente abaladas, já que o constrangimento de estar com uma doença estigmatizante leva a mulher a se afastar do seu convívio social. A qualidade de vida é avaliada positivamente pela maioria das mulheres pesquisadas por diversos autores. Pode-se observar que a reconstrução da mama preserva a auto-imagem da mulher, e, portanto, proporciona um processo de reabilitação menos traumático.

### **ABSTRACT**

This study, carried through a literature revision, was dedicated to promote the knowledge about the impact of the mastectomy in the life of the woman. For this, was investigated the possible occurred modifications in the life of these women as for the psychological repercussions, familiar relationship, social functioning, corporal image and sexuality, quality of life and the possibility of the reconstruction of the breast.

---

\* Monografia aprovada como parte de conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde, da Santa Casa da Misericórdia do RJ, sob a orientação da Coordenadora do Curso, Psicóloga Dra. Maria Alice Lustosa

Literature indicates that the familiar relationship exert a primordial paper in the life of these women, functioning as support and aid to support better the diagnosis and its consequences. The mutilation of the breast, a feminine organ, results in the negative alteration of the corporal image, representing an aesthetic and functional limitation that can bring damage in the sexual satisfaction. However, the quality of the affective relationships of the women with her partners, before the diagnosis of the illness, seems to be a factor of strong influence in the quality of life enters the couple after the diagnosis and mutilation. The social relations are deeply shaken, because the woman feels shame of to be with a terrible illness, taking her to move away from its social conviviality. The quality of life is evaluated positively by the majority of the women searched for diverse authors. Was evidenced in diverse research the reconstruction of the breast preserving the auto-image of the woman and providing a less traumatic process of rehabilitation.

## **INTRODUÇÃO**

O câncer de mama é a doença mais temida pelas mulheres devido sua gravidade, evolução imprevisível e mutilação, que causa significativas alterações na auto-imagem.

Receber o diagnóstico de câncer de mama é uma notícia devastadora, causando forte impacto na vida das pessoas. A paciente e sua família são inundadas por emoções como sofrimento, medo, raiva, angústia e ansiedade, além de prejuízos nas habilidades sociais, funcionais e vocacionais.

O tratamento utilizado dependerá da extensão da doença e suas características. Assim, após a classificação do câncer de mama, define-se a forma de tratamento a ser desenvolvido. Dentre os tipos de tratamento disponíveis encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser administrados individual ou concomitantemente.

Se for concluído que há necessidade de se fazer uma cirurgia para a retirada do nódulo, esta pode ser conservadora, a chamada quadrantectomia, na qual é retirada apenas uma parte da mama, sendo necessário ainda a utilização da radioterapia. Entretanto, há casos em que o câncer encontra-se em um estágio avançado, sendo necessário a utilização da mastectomia, uma cirurgia radical e, portanto mutiladora. (Unifesp Virtual, 2002).

Tais cirurgias, em especial a segunda, ocasionam transformações dolorosas na vida das mulheres, como alterações da auto-imagem, da auto-estima e comprometimento da sexualidade, visto que a mama é um órgão repleto de simbolismo para a mulher – feminilidade, sexualidade e maternidade. A amputação de tal membro pode deixar a mulher envergonhada, mutilada e sexualmente repulsiva, carregando fortes repercussões emocionais. O auto-conceito encontra-se afetado em decorrência das alterações na imagem corporal e das modificações devastadoras na aparência física e função. (Black & Esther, 1996, em Cunha, 2004; Cunha, 2004; Sampaio, 2006). Essas alterações podem ocasionar na mulher sentimentos de vergonha, de inadequação e culpa. Dessa forma, outra área bastante afetada por todas essas modificações é a sexualidade, longe de ser exclusivamente relacionada ao ato sexual. A sexualidade engloba uma série de outros fatores como desejo, auto-imagem, sensualidade, sensação de bem-estar consigo mesma, aceitação do próprio corpo e identidade como mulher.

Dentro dessa perspectiva, este estudo buscou compreender os sentimentos e as repercussões psicológicas na mulher mastectomizada diante dos vários aspectos inseridos na sua vivência, como relacionamento familiar e funcionamento social, imagem corporal e sexualidade e, por fim, a qualidade de vida, possibilitando uma melhor atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama.

## **DISCUSSÃO**

### **Mastectomia: Aspectos Psicológicos e Adaptação Psicossocial**

Os primeiros meses de reabilitação de uma mastectomia são caracterizados pelo movimento de reorganização para uma re-inserção no mundo individual, social e espacial, visto que a mutilação dela decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. A forma como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta sua existência, são pontos cruciais para um entendimento da nova dinâmica que a vida dessas mulheres assume. (Bervian & Girardon-Perlini, 2006; Ferreira & Mamede, 2002).

No momento em que a mulher decide por fazer a cirurgia, observa-se uma busca por resolver rapidamente o seu problema, tendo dessa forma, um lado reconfortante. A

mulher acredita estar colocando limites na enfermidade, e que, a remoção cirúrgica do tumor e as consequências do tratamento, trazem segurança no sentido de não ter de se preocupar com a doença. Porém, o alívio causado por essa etapa tem fim num curto período quando a mulher concientiza-se cognitivo e emocionalmente, iniciando-se um luto diante das consecutivas perdas. (Bergamasco & Angelo, 2001; Maluf, Jo Mori & Barros, 2005).

As principais preocupações que surgem no período da ocorrência da cirurgia são relacionadas à perda da feminilidade com comprometimento da sexualidade, desfiguramento, atração sexual e perda do parceiro, além da possível morte dos papéis sociais. (Arán, M.R.; Zahar, S.; Delgado, P.G.G.; Souza, C.M.; Cabral, C.P.S. & Viegas, M., 1996; Messa, s.d.).

Muitas vezes as doenças com tratamentos mutiladores provocam impedimentos, paralisias, deficiências, além da interrupção na carreira, no cuidado da casa e dos filhos. Essas consequências podem ser vividas como morte quando essas atividades, que ficam prejudicadas, eram anteriormente valorizadas. (Messa, s.d.). Dessa forma, no período pós-operatório da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, visto que essas mulheres, em geral, sentem dificuldade em lidar com o próprio corpo.

Estudos relacionados às consequências desse tipo de tratamento demonstram que a presença da depressão após a cirurgia na mama é uma resposta emocional comum. Lasry (citado por Arán et al., 1996) demonstrou, através de sua pesquisa, que as pacientes submetidas à mastectomia radical possuem um elevado nível de depressão, duas vezes maior que numa população normal. O autor afirma que uma das causas mais frequentes da depressão é a alteração física decorrente da cirurgia e suas repercussões na concepção do eu das pacientes. Dentre as questões mais frequentemente abordadas pelo autor está o medo de não ser mais atraente sexualmente e a sensação de diminuição da feminilidade.

Braga (citado por Vianna, 2004) realizou um estudo para avaliar a presença de depressão em mulheres mastectomizadas. Os resultados demonstraram a presença de depressão em 35% das pacientes após a mastectomia. Algumas variáveis parecem ter relação significativa com a depressão. São elas: faixa etária, situação conjugal, migração, antecedentes pessoais, antecedentes familiares de doença mental, uso de quimioterapia, complicações pós-mastectomia, atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, prática religiosa e percepção de perda. É importante ressaltar que todas as perdas associadas à mastectomia geram

sofrimento psicológico importante, levando a comportamento de esquiva e isolamento social.

Um dos principais fatores que influenciam na imagem corporal da mulher é caracterizado pelos parâmetros que a sociedade impõe para a identificação do corpo perfeito, do corpo feminino. A sociedade valoriza o corpo perfeito como essencial na atração sexual, e isso pode ser observado nos meios de comunicação, no qual são utilizados corpos esculturais para vender os mais variados produtos, além do aumento significativo do número de cirurgias plásticas para implante de silicone. Nesse aspecto, a mastectomia pode provocar conseqüências importantes na vida da mulher em razão das modificações estéticas decorrentes, e assim, desencadear novas reações relacionadas ao próprio corpo e às demais pessoas. (Prado, 2002).

### *Relacionamento Familiar e Funcionamento Social*

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos indicados associados à cirurgia. A situação da doença e da mastectomia afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo, as alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher se estendem aos familiares. (Melo, Silva & Fernandes, 2005)

O impacto na família não se resume à reorganização necessária para atender as necessidades cotidianas e de cuidado à saúde da mulher, afeta também os relacionamentos. Diante do diagnóstico de uma doença crônica, a família enfrenta uma série de tensões excessivas que interferem nas relações dentro da unidade familiar. (op cit.).

Uma situação de crise familiar, como é o caso de uma doença como o câncer, pode alterar os modos de relação de interdependência dos sujeitos envolvidos, podendo tornar os conflitos maiores e de resolução mais difícil. As mudanças no cotidiano das pessoas podem promover um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, dependendo da compreensão ou entendimento das pessoas acerca da situação, além dos meios ou artifícios de ajuda e auxílio disponíveis utilizados pelos envolvidos. Dessa forma, o processo de descoberta e tratamento da doença, embora cause um impacto inicial, pode representar ou não conflito na família. Na pesquisa de Melo, Silva e Fernandes (2005) por exemplo, foi verificado que esse processo representou um elo de união para a família, proporcionando um melhor enfrentamento da situação.

Os autores relataram ainda que a família, ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, é uma força positiva para as tomadas de decisões e transformação de conceitos e comportamentos. Outro dado importante observado na pesquisa é a contribuição do oferecimento de cuidados e atenção à mulher para uma recuperação mais rápida e menos traumática. (op cit.). O afeto familiar permite à mulher manter uma certa estabilidade para lutar contra a doença, conseguindo suprir suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação e orientação comportamental. (Bervian & Girardon-Perlini, 2006; Cunha, 2004).

Mesmo diante dos relatos constatando que o câncer de mama e a subsequente mastectomia muitas vezes representam um fator articulador na dinâmica familiar, integrando os membros entre si e mobilizando toda a família em torno do problema, os autores não descartam a hipótese de uma degradação familiar. O relacionamento, segundo eles, seria facilitado apenas quando há uma comunicação aberta e flexível, capacidade de articulação de expressões e sensibilidade para perceber comportamentos verbais e não-verbais. Dessa forma, a reação das pessoas estaria associada ao nível de relação da família anteriormente à doença, ou seja, a doença vai se constituir num fator contribuinte às relações interpessoais existentes no contexto familiar, tornando-as mais fortes ou mais frágeis. (op cit.).

O relacionamento marital, quando existente, é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, já que por consequência da mutilação proveniente da mastectomia, a mulher tem sua auto-imagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e auto-estima. Dessa forma, nesse momento em que ela se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do companheiro se torna imprescindível para esta reestruturação. (Arán et al., 1996).

Segal (citado por Paula, s.d.) observa que os casais que tentam vencer a dor e o sofrimento sozinhos, isolados um do outro e não compartilham a tristeza, tendem a considerar o processo da doença e do tratamento mais difícil. Cunha (2004) considera que a falta de apoio do marido nesses momentos de doença é considerada como forte agressão à mulher, afetando sua auto-estima, num momento em que necessita de ser aceita, de compreensão e de carinho.

Sabe-se que o câncer de mama e a consequente mutilação causada pela cirurgia não afetam apenas as relações familiares: as relações sociais são profundamente afetadas, já que o câncer ainda possui uma conotação de contágio e terminalidade, causando preconceito por parte das pessoas. Aliado a esse aspecto, o constrangimento associado à

doença estigmatizante, leva a mulher a se afastar do seu convívio social. (Melo, Silva & Fernandes, 2005).

Essa inadequação dos relacionamentos sociais da mulher mastectomizada no período de readaptação, poderá dificultar o seu ajustamento social, dificultando assim, a sua reabilitação. (op cit.). A morte dos papéis sociais que se dá pela mudança da rotina vivida anteriormente gera uma necessidade constante de adaptação ao tratamento e ao novo estilo de vida, limitado em decorrência da cirurgia.

Duarte e Andrade (2002) observaram que as dificuldades encontradas na retomada da vida social após a mastectomia é caracterizada por uma série de fantasias e medos, despertados pelo contato com o mundo externo, implicando numa mudança de comportamento em que as mulheres mais sociáveis tornaram-se mais reservadas. Pode-se observar na pesquisa dos autores que nem sempre o mundo externo ou as pessoas do convívio social reagem ou dão alguma impressão que leve as mulheres mastectomizadas a se afastarem. Muitas vezes essas mulheres fantasiam em cima do comportamento das pessoas, crendo que sua percepção é verídica.

Melo, Silva e Fernandes (2005) utilizam a idéia de autoconceito associado ao câncer de mama, no sentido de que, o valor que a mulher atribui a si mesma influencia o significado de sentir-se com câncer, que influencia por conseguinte, a forma de dar e receber afeto das outras pessoas. Através do processo de autoconceito, a pessoa desenvolve a capacidade para o enfrentamento de problemas.

*Imagem corporal e sexualidade.* A imagem corporal pode ser compreendida como a representação mental que a pessoa tem do próprio corpo, estando diretamente vinculada à percepção, compondo-se de aspectos fisiológicos, psico-afetivos, sócio-culturais, cognitivos e relacionais. Esse imagem é construída ao longo de toda vivência, a partir de experiências com o mundo exterior. (Duarte & Andrade, 2002). Segundo Messa (s.d.) trata-se de um processo de constante dinamismo e mutação, e influencia as relações da pessoa consigo própria, com o ambiente e seus semelhantes.

A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal. A retirada desse órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo em sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa. Além da cirurgia, o tratamento quimioterápico produz efeitos colaterais que são indicadores visíveis da doença, como alopecia ou perda

do cabelo e ganho de peso. A mulher pode, então, se sentir estranha, manifestar sentimentos de vergonha, embaraço, ter dificuldade de se relacionar com o marido, se sentindo sexualmente repulsiva, passando a evitar contatos sexuais. Um medo muito freqüente entre as mulheres mastectomizadas é o de não ser mais atraente sexualmente. Esses conflitos são resolvidos quando a mulher é capaz de reconhecer-se e aceitar-se em sua nova imagem. Para isso, é fundamental viver um processo de luto para elaborar essa perda. (Arán et al., 1996).

Lim (citado por Duarte & Andrade, 2002) observou em um estudo realizado em Cingapura com 20 mulheres mastectomizadas que, dentre a totalidade das participantes, 9 apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na freqüência de relações sexuais. Houve também mudanças no comportamento sexual, em que as mulheres evitavam se despir diante dos parceiros e serem tocadas pelos mesmos. A utilização de camisas durante as relações sexuais também foram relatadas pelas pacientes. Algumas mulheres relataram ainda, que ao retomar a sua vida sexual, sentiram muita diferença e tinham medo do marido não aceitá-las mais.

Contudo o autor afirma que a mastectomia não é a única causa dessa sensação de desconforto relatada pelas pacientes. Segundo Lim há outros fatores, antecedentes ao diagnóstico, que podem influenciar e intensificar o quadro de desconforto para a mulher acometida, como problemas financeiros, sociais, conjugais, idade da paciente, sua forma de lidar com situações adversas e também a falta de informação sobre a doença e suas conseqüências. (op cit.).

Duarte e Andrade (2002) verificaram que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela torna-se mais receptiva, o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento torna-se melhor. Segundo Rossi e Santos (citados por Sampaio, 2006) o relacionamento sexual depende muito de como era antes da doença. Aquelas mulheres com bom relacionamento com o parceiro tendem a continuar da mesma forma, mas aquelas que o relacionamento não era bom, relatam piora. Assim, relacionamentos considerados frágeis antes da doença dificilmente sobrevivem após um evento traumático.

A qualidade do relacionamento existente entre o casal será responsável não só pelo alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher, mas também pelo retorno do interesse sexual numa fase mais tranqüila da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a se preocupar com o relacionamento sexual de ambos. Buscam maior intimidade, trocas de



carícias, prazer e novas formas de adaptação às condições atuais da mulher a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso. (Padua, 2006).

*Qualidade de vida.* A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (Sales et al., 2001, p.264). A qualidade de vida pode ser avaliada do ponto de vista do paciente, referindo-se à apreciação dos pacientes e satisfação com o seu nível funcional, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal. (Cella e Cherin, citados por Sales et al., 2001). Dessa forma, a avaliação da qualidade de vida global inclui os funcionamentos físico, psicológico, social, sexual e espiritual, incluindo ainda nível de independência, ambiente e crenças pessoais. (Sales et al, 2001).

Vários estudos têm avaliado a qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama. Ferrel et al. (op cit.), em uma pesquisa qualitativa, observaram que o câncer de mama teve um grande impacto no papel social das mulheres na família, manifestando-se como o medo da ocorrência do câncer nas filhas. No trabalho, a manutenção do mesmo e o impacto financeiro foram os principais sintomas, e, na sexualidade, foram citados a perda da mama, sintomas da menopausa ou outros do aparelho reprodutivo.

Miceli (2006) afirma que a qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito centrado na avaliação subjetiva do paciente, porém ligado ao impacto da saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente. Dessa forma, depende de percepções, crenças, sentimentos e expectativas individuais, variando ao longo do tempo, de acordo com as mudanças ocorridas com a pessoa e com o que está à sua volta, envolvendo as dimensões física, social e psicológica, interligadas entre si.

A OMS cita ainda dois outros domínios: o nível de independência, avaliado por meio de mobilidade, atividades rotineiras, dependência de medicamentos ou tratamentos e capacidade de trabalho; e o nível do ambiente, caracterizado pela segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais. A autora resume que a qualidade de vida seria o grau de satisfação do indivíduo com sua vida familiar, amorosa, social e ambiental, além de sua própria estética existencial. (op cit.).

Na pesquisa realizada por Sales et al. (2001) com 50 mulheres com câncer de mama que passaram por cirurgia, pode-se observar alguns aspectos da qualidade de vida destas mulheres. A avaliação da atividade de lazer indicou que o tratamento não a modificou para mais da metade das mulheres (52%) enquanto 18% deixaram de realizar

qualquer atividade. Os motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram suas atividades de lazer foram dor, exames freqüentes, preocupação, não sentir-se bem ou mesmo a idade. Em relação ao trabalho, 98% das mulheres realizavam atividades domésticas antes do tratamento, sendo que 50% destas reduziram ou adaptaram estas atividades após o tratamento. As razões apontadas para a diminuição ou término das atividades foram dor, orientação de não pegar peso, menor agilidade, discriminação, inchaço no braço, maior cuidado consigo mesma, idade, cirurgia e preocupação.

Ainda na pesquisa realizada pelos autores (op cit.), 22% das pacientes revelaram influência dos problemas físicos decorrentes da doença e do tratamento na vida pessoal, social e familiar. As consequências relatadas foram introversão, dependência dos outros, nervosismo, choque das pessoas, medo, vergonha de se vestir, distanciamento das pessoas e problemas com alimentação e sono. Na avaliação da própria qualidade de vida após o tratamento, 82% dessas mulheres consideraram boa ou ótima, atribuindo principalmente à saúde pessoal bom relacionamento familiar e social. As demais (18%) avaliaram sua qualidade de vida como ruim ou regular, atribuindo a isso, o medo da recidiva, limitação das atividades, idade e problemas financeiros. (op cit.).

Os dados da pesquisa de Sales et al. (2001) mostram que algumas pacientes perceberam mudanças tanto positivas quanto negativas nos relacionamentos sociais e familiares, lazer e trabalho, especialmente no doméstico, de natureza eminentemente braçal. O apoio social e familiar é buscado e obtido pela maioria das pacientes através de familiares e amigos, mas nem sempre de todos. A maioria avalia a qualidade de vida positivamente. Os autores observaram ainda que o apoio social e familiar, assim como de todos os profissionais de saúde, parece contribuir para um bom funcionamento social e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Segundo Prado (2002) a possibilidade de retornar ao mercado de trabalho faz parte dos planos das mulheres que trabalhavam antes da cirurgia. Esse retorno simboliza uma tentativa de retomar o cotidiano e a autonomia, sentindo-se produtiva e independente. Ainda segundo a autora, para viver com qualidade, a mulher precisa aprender a viver e a conviver com as limitações e seqüelas que o câncer promove.

Netto (1997) cita os tratamentos quimioterápico, radioterápico e hormonal como responsáveis por efeitos colaterais que podem marcar definitivamente a vida da paciente, interferindo diretamente na qualidade de vida destas. Esses efeitos são responsáveis por náuseas, vômitos, alopecia, alterações sexuais e reprodutivas, podendo ocasionar menopausa prematura. Associados a esses efeitos, há ainda a vergonha do aspecto físico,

perda da privacidade, alterações na libido, criando obstáculos para a efetivação da vida afetiva e sexual ativa.

*A reconstrução da mama.* Reconstruir a mama pode representar a preservação da auto-imagem da mulher, melhor qualidade de vida, e portanto, um processo de reabilitação menos traumático. Inúmeros recursos de cirurgia plástica estão à disposição para amenizar os sentimentos pela alteração física provocada pela mastectomia. (Messa, s.d.; Prado, 2002).

A reconstrução pode ser realizada logo após a cirurgia ou em outro momento, de acordo com a indicação médica. Há várias técnicas que podem ser empregadas, sendo necessário uma escolha apropriada dependendo de cada caso. Pode ser um implante artificial de silicone, solução salina ou reconstituição com retalhos dos músculos abdominal ou grande dorsal. A reabilitação tem como principal objetivo a melhoria da qualidade de vida da paciente, atendendo às suas necessidades específicas, com medidas que visem a restauração anatômica e funcional, além do suporte físico e emocional. (Prado, 2002).

Segundo Melo (2002) é incerta a porcentagem de mulheres mastectomizadas que têm a intenção de procurar a reconstrução, mas este método na pós-mastectomia continua a ser uma importante opção estética e de reabilitação. A maioria das mulheres que procuraram a reconstrução sentiram-se felizes com os resultados estéticos, superando suas expectativas. (op cit.). Já pesquisas com mulheres submetidas à reconstrução imediata têm demonstrado que além da satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, o índice de morbidade psicológica é significativamente inferior em relação à mastectomia somente. As pacientes então submetidas à reconstrução imediata demonstraram-se menos deprimidas e sofreram menor impacto quanto a sua feminilidade, auto-estima e atratividade sexual, em relação as outras não submetidas a reconstrução e as que optaram por reconstrução tardia. (Rowland & Massie, citados por Melo, 2002).

Um estudo realizado por Al-Ghazal et al. (citado por Maluf et al., 2005) constatou que 68% das pacientes submetidas à reconstrução imediata disseram-se muito satisfeitas com o resultado estético da cirurgia, e quando comparadas com grupo de reconstrução tardia, notou-se no segundo grupo, um grande nível de sofrimento psíquico e rebaixamento das funções psíquicas aliados a uma baixa auto-imagem. Os estudos mostram que a intervenção imediata possui vantagens relacionadas a um melhor resultado estético e custo benefício para as mulheres que a realizaram imediatamente após a cirurgia.

Dessa forma, parece que a reconstrução mamária melhora a auto-imagem, o senso de

feminilidade e o relacionamento sexual. As mulheres que passaram pela cirurgia reparadora tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência, além de menor temor da recidiva com a remoção da cicatriz. (Vianna, 2004).

## **CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

A forma como a mulher irá reagir à mutilação de sua mama e suas consequências será de acordo com algumas variáveis que dizem respeito à sua história de vida, ao contexto social, econômico e familiar em que está inserida. A mulher se depara com uma série de impedimentos provocados pela cirurgia mutiladora que vão desde às paralisias e deficiências até a interrupção da carreira, no cuidado da casa e dos filhos. Nesse momento, a mulher pode vivenciar vários lutos, e, no momento de reassumir essas responsabilidades, pode apresentar uma série de dificuldades, muitas vezes em decorrência da vergonha e da dificuldade em lidar com o próprio corpo. Nesse momento pós-cirúrgico, é necessário que ela passe por um processo de reabilitação que envolve processos de reaprendizagem de habilidades físicas como também redescobrir seu papel dentro da família, da comunidade e da sociedade.

O câncer de mama implica um elevado grau de comprometimento na auto-imagem corporal, o que pode acarretar danos ao conceito que se tem de si próprio e à aceitação ou não da própria sexualidade dentro do relacionamento sexual, visto que a mulher está carregada de sentimentos de intensa insegurança e medo.

A percepção do próprio corpo é fundamental tanto para se lidar com a própria sexualidade como para se relacionar com o outro. Por causa da importância simbólica do seio, que representa a característica primordial da sensualidade, maternidade e da identidade feminina, alterações psicossociais podem ocorrer nas pacientes que não aceitam a perda do seio. A mutilação altera a auto-imagem e o auto-conceito, levando as mulheres a se sentirem desvalorizadas, envergonhadas e repulsivas, evitando contatos sociais e sexuais.

Assim, quando a mulher necessita retirar a mama devido ao câncer, sentimentos de angústia e dor estão sempre presentes. É de se prever que a mulher se sinta atingida em sua própria identidade, em sua imagem pessoal, com conseqüências na auto-estima e valor próprio, além da presença de morbidade aumentada pelos transtornos psiquiátricos. Além disso, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida

profissional, social, familiar e sexual, em decorrência da dificuldade em lidar com o próprio corpo, visto que as alterações neste implicam também em transformações afetivas, refletidas na forma como as mulheres percebem a si mesmas e na forma de vivenciarem a vida.

Percebe-se que a qualidade dos relacionamentos afetivos das mulheres com seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, é um fator que influencia a qualidade de vida pós-diagnóstico. A família, por sua vez, também é suscetível à mudança em sua imagem, aos menos nos primeiros tempos decorridos após a cirurgia. A forma como a família reage à situação do câncer de mama e mastectomia vai depender de como essa família é estruturada, qual o nível de comprometimento e interação entre os componentes.

O relacionamento com o parceiro revelou-se, nesta pesquisa, ser fundamental para a reestruturação da integridade da mulher. O homem precisa dar apoio e segurança para que esta possa reestabelecer sua autoconfiança e auto-estima. Pesquisas demonstram que a qualidade do relacionamento anterior à doença e tratamento interferem diretamente no ajustamento do casal à nova situação, sendo que, essa qualidade influencia na qualidade de vida e na manutenção da estabilidade emocional da mulher após o diagnóstico e mutilação. Em relação ao aspecto sexual, a literatura revela que, com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela relação íntima, e que o homem não apresenta alteração quanto ao seu desejo sexual, mesmo após a retirada da mama.

É de grande relevância que todas as pacientes diagnosticadas com câncer de mama tenham um adequado suporte psicológico durante todas as fases do tratamento. A incerteza quanto à doença, sua recorrência e disseminação metastática promovem, nas pacientes, um forte desgaste emocional, que pode ser beneficiado pela avaliação e acompanhamento psicológico. O psicólogo atuante na área de psicologia oncológica ou hospitalar visa manter o bem-estar psicológico da paciente, identificando e compreendendo os fatores emocionais que intervêm na sua saúde. Além disso, deve ainda prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo câncer e seus tratamentos, levar a paciente a compreender o significado da experiência de adoecer, possibilitando assim, re-significações desse processo.

Pesquisas mostram que as mulheres com câncer de mama, incluindo as que passaram pela experiência da mastectomia, submetidas ao acompanhamento psicológico obtêm ganhos significativos, tais como melhora no estado geral de saúde, melhora na qualidade de vida, melhor tolerância aos efeitos adversos da terapêutica oncológica (cirurgia, quimio e radioterapia) e melhor comunicação entre paciente, família e equipe.

A qualidade de vida das mulheres mastectomizadas parece depender do apoio social e familiar que a mulher recebe, da satisfação sexual, da possibilidade de atividades de lazer e de voltar ao mercado de trabalho, e ainda, da estrutura do ego. Pesquisas revelam que a maioria das mulheres estudadas se auto-avaliaram como tendo uma qualidade de vida boa ou ótima, atribuindo a isso os fatores relacionados acima.

A reconstrução da mama é outro fator que pode contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres, representando a preservação da auto-imagem, do senso de feminilidade e do relacionamento sexual, proporcionando um processo de reabilitação menos traumático. Pesquisas demonstram que além da satisfação estética, os resultados cirúrgicos da reconstrução diminuem o índice de morbidade psicológica de forma significativa, quando comparados aos resultados da mastectomia. Assim, atualmente, a reconstrução mamária é um recurso indispensável na reabilitação de pacientes que necessitam realizar a mastectomia, uma vez que auxilia quanto aos aspectos aqui relacionados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arán, M.R.; Zahar, S.; Delgado, P.G.G.; Souza, C.M.; Cabral, C.P.S. & Viegas, M. (1996). Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 45 (11), 633-639.
- Bergamasco, R.B. & Angelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 47 (3), 277-282.
- Bervian, P.I. & Girardon-Perlini, N.M.O. (2006). A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 52 (2), 121-128.
- Cunha, C.G. (2004). *Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada*. Monografia Especialização Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará. Acesso em 26/10/06. Disponível em <http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/>
- Duarte, T.P. & Andrade, A.N. (2002). *Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade*. Acesso em 15/09/06. Disponível em <http://www.scielo.br/>

- Ferreira, M.L.S.M. & Mamede, M.V. (2002). *Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia*. Acesso em 25/09/06. Disponível em <http://www.scielo.br/>
- Maluf, M.F.M.; Jo Mori, L. & Barros, A.C.S.D. (2005). O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51 (2), 149-154.
- Melo, A.G.C. (2002). *Câncer de mama: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial*. Acesso em 25/11/06. Disponível em <http://www.cuidadospaliativos.com.br/>
- Melo, E.M.; Silva, R.M. & Fernandes, A.F.C. (2005). O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51 (3), 219-225.
- Messa, A.A. (s. d.). *Análise de repercussões psicológicas de paciente mastectomizada, em seguimento ambulatorial*. Acesso em 30/09/06. Disponível em <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl16.htm>
- Miceli, A.V.P. Aspectos psicológicos do paciente com câncer. In E.L.R. Mello & C.E.R. Santos. (2006). *Manual de cirurgia oncológica*. São Paulo: Tecmedd Editora.
- Netto, M.M. (1997). O tratamento do câncer de mama e a psicologia: um enfoque multidisciplinar. *Psychê*. 1 (1), 165-168.
- Pádua, E.A. (2006). *Câncer de mama não impede a prática sexual*. Acesso em 18.02.07. Disponível em [http://www.wmulher.com.br/print.asp?id\\_mater=3134&canal=sexo](http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo)
- Paula, S.T.C. (s.d.). *A vivência da conjugalidade após o diagnóstico de câncer de mama*. Acesso em 22.09.06. Disponível em <http://www.sbpo.org.br/producao/vivencia.pdf>
- Prado, J.A.F.A. (2002). *Supervivência: novos sentidos na vida após a mastectomia*. Tese de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina. Acesso em 15.12.06.
- Sales, C.A.C.C.; Paiva, L.; Scanduzzi, D. & Anjos, A.C.Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 47 (3), 263-72.
- Sampaio, A.C.P. (2006). *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia*. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Campinas. Acesso em 18.10.06. Disponível em <http://dominiopublico.mec.gov/download/texto/cp000360.pdf>
- Vianna, A.M.S.A. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto [Versão eletrônica]. *Estudos de Psicologia*. (21) 3. Acesso em 26.03.07. Disponível em <http://www.scielo.br/>