

A MULHER MASTECTOMIZADA E OS EFEITOS PSICOSSOCIAIS.
THE MASTECTOMIZED WOMAN AND THE PSYCHOSOCIAL EFFECTS.

Andreia Cagol¹

RESUMO: Uma revisão da literatura foi realizada para identificar, de acordo com os autores da área, quais são os pensamentos e os sentimentos mais comuns experimentados pelas mulheres depois do diagnóstico de câncer de mama. O objetivo é conhecer os sentimentos manifestados, as dificuldades enfrentadas e as estratégias de cuidados adotados pelas mulheres mastectomizadas. A mama é símbolo de feminilidade e sua extirpação pode causar sentimentos de medo, de rejeição e de culpa. Assim, foi abordado o significado da doença, bem como suas implicações para a vida emocional e social da mulher. Em relação ao estado psicológico, após a perda da mama, as mulheres mastectomizadas costumam apresentar dificuldades em lidar com situações que envolvam exposição do próprio corpo, ou seja, a auto-imagem sofre um abalo. Identificar as reações perante a mastectomia é de suma importância para a atuação do psicólogo.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia. Mulheres. Psico-oncologia.

ABSTRACT: A literature review has been carried out in order to identify, according to the authors of the area, which the most common thoughts and feelings experienced by women after being diagnosed with breast cancer are. The aim is to know the feelings expressed, the difficulties faced and the care strategies adopted by mastectomized women. The breast is a symbol of femininity and its extirpation may cause feelings of fear, rejection and blame. Thus, the meaning of the condition was approached as well as its implications for the woman's emotional and social life. As to the psychological state after the loss of a breast, mastectomized women are used to presenting difficulties in dealing with situations that involve exposing their own body, which means that their self-image suffers a shock. Identifying the reactions before mastectomy holds great importance for the psychologist's performance.

KEYWORDS: Mastectomy. Women. Psycho-oncology.

Quando uma mulher faz ou não auto-exame mensal das mamas e encontra um nódulo, começa em seguida um processo de dúvidas e de inseguranças implicando a probabilidade de aquele achado ser ou não um câncer. Enfim, a palavra *câncer* contém em si, ainda, grande estigma, pois ainda é tomada como sinônimo de morte (MALUF, 2006).

Sabbi (1999) coloca que, no mundo inteiro, a mama vem sendo cada vez mais valorizada, emocional e esteticamente. Hoje em dia, quando a mulher está insatisfeita com a forma ou o tamanho das mamas, pode recorrer às cirurgias plásticas, com a possibilidade de

¹ Psicóloga em Ênfase de Processos Clínicos na Universidade Paranaense - UNIPAR/ Cascavel – Paraná. Pós-Graduando em Políticas Públicas e Atendimento Sócio Familiar pela Universidade Paranaense - UNIPAR/ Francisco Beltrão – Paraná. Contato: deiac_5@hotmail.com.

aumentá-las, de levantá-las ou de reconstruí-las. Desse modo, a medicina pode melhorar os relacionamentos da mulher moderna, pois, esta oferece cirurgias reconstrutoras da mama, proporcionando assim uma estética mais agradável para essas mulheres mastectomizadas, sendo que esta pode cultivar sua legítima vaidade feminina e, até, acompanhar a moda.

Sabe-se que, na atualidade, a sociedade a cada dia estabelece padrões de beleza mais estritos e as mulheres lutam por alcançá-los. Todavia, ao serem acometidas pelo câncer de mama, além do forte impacto proporcionado pelo diagnóstico, essas mulheres ainda necessitam enfrentar grandes mudanças corporais, as quais impossibilitam o alcance do corpo tão desejado.

Uma das formas de tratamento mais eficazes para tal patologia é a mastectomia, que se constitui na retirada total ou parcial das mamas e dos linfonodos auxiliares, como uma forma de erradicação do tumor. Embora eficiente tal procedimento cirúrgico revela-se como mutilador, visto retirar da mulher órgãos carregados de simbolismo sexual e de feminilidade (MALUF, 2006).

Algumas considerações sobre o câncer de mama e a mastectomia

O corpo feminino passa por várias transformações ao longo de seu desenvolvimento e as etapas são aparentemente visíveis. Trata-se da mudança a partir do corpo infantil para chegar ao corpo feminino adulto, sensual e harmônico em suas formas e em seus contornos. Talvez a mudança mais visível no desenvolvimento seja a formação das mamas, formação que antecede a menarca, marco do início da vida adulta e fértil (SEGAL, 1995).

A mama tem uma função ligada tanto à sexualidade (como um órgão de contato e de atração) e também à maternidade; sempre esteve interligada às culturas, à identidade corporal feminina e aos sentimentos de auto-estima (Basegio apud MALUF, 2006).

O câncer de mama, dos cânceres é o mais temido pelas mulheres, isto devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelo impacto psicológico que provoca. Envolve negativamente a percepção da sexualidade e da auto-imagem mais do que qualquer outro tipo de neoplasia que atinge a mulher. Esse câncer é identificado, na maioria das vezes, como uma caminhada progressiva e dolorosa em direção à mutilação e à morte.

O câncer, genericamente falando, possui uma história repleta de imagens da vergonha, pois se converte num dos piores flagelos do mundo contemporâneo, vergonha esta que tende a transformar os doentes nos únicos responsáveis por seus próprios sofrimentos e, assim, os modos de enfrentamento do câncer permanecem, na grande maioria das vezes, limitados ao

silêncio. Isto ocorre especialmente quando se trata de câncer de mama, pois, neste caso, a vergonha é agravada pela ameaça da mutilação de uma parte do corpo considerada, há muito, um dos principais símbolos da identidade feminina (GIMENES, 2000).

De acordo com Sabbi (1999), o câncer de mama não é uma doença recente. Ao contrário, o câncer de mama tem uma longa história. A primeira referência escrita sobre o câncer de mama vem do Egito antigo, com data de 2500 a.C.

O médico grego Hipócrates, pelo ano de 460 a.C., ao escrever sobre a doença da mama, considerava-a doença incurável, independentemente de qualquer tratamento, ainda que seu compatriota Leônidas, no século I d.C., já pensasse diferente, pois achava que era possível curar esse câncer pela cirurgia. É dele a primeira cirurgia para o câncer de mama de que se tem registro. Galeno, outro médico grego, um século depois afirmava que é possível curar o câncer da mama pela cirurgia, desde que todas as suas raízes sejam extirpadas. Nascia com ele a idéia de que a doença tinha raízes, e, por analogia, o tumor começou a ser comparado com um caranguejo, que se movimenta para todos os lados e cujas pernas se comparavam às ditas raízes da ferida maligna (SABBI, 1999).

Por muitos séculos, o câncer de mama foi considerado incurável. Esse descrédito permanecia devido às muitas tentativas de tratamento sem bom resultado. Em quase todos os casos, a doença acabava levando suas vítimas ao óbito, em decorrência do tumor já muito avançado ou em decorrência da infecção quando se tentava uma cirurgia (SABBI, 1999).

O câncer de mama é uma das patologias que mais alterações provocam na vida das pessoas, especialmente na vida das mulheres. As razões desses malefícios são de ordem objetiva e subjetiva, por isso são esperadas reações tanto, e especialmente, com a paciente, como também com as pessoas de convivência, pois todo organismo saudável tende a apresentar reações frente a situações alteradas dessa natureza (CHAVES, 2006).

Este tipo de câncer é um dos mais estudados, e causa muita preocupação, pois é uma causa de doença e de morte entre mulheres.

Segundo Berek (1999), o câncer de mama representa cerca de um terço de todos os cânceres em mulheres. Menos de 1% de todos os cânceres de mama incide em mulheres com menos de 25 anos de idade. Após os 30 anos, no entanto, há um claro aumento da incidência. De acordo com Maluf (2006), o câncer de mama é a neoplasia maligna responsável por cerca de 20% de óbitos por câncer entre as mulheres.

Pinotti (1992) argumenta que o câncer de mama é um problema de saúde muito importante nos países em desenvolvimento, onde sua incidência tem aumentado nas últimas

décadas. O índice de mortalidade também tem aumentado, sendo que a causa principal desse aumento é o diagnóstico tardio.

Segundo Freitas (2001), alguns fatores parecem acrescentar o risco para desenvolvê-lo, como nos tipos de câncer hereditários, com a descoberta do BRCA1² e do BRCA2³ em 1994, nova expectativa pode ser vislumbrada na área da oncogênese mamária, pois, finalmente, a ciência acessou a intimidade do DNA, começando a revelar os segredos do código genético, abrindo novas fronteiras de um microcosmo ainda inexplorado e onde, provavelmente, estão guardadas respostas para nossas perguntas mais angustiantes.

De acordo com Sabbi (1999), a mulher moderna oferece um terreno propício para o câncer de mama. Seguem alguns aspectos indicados pelo autor:

- a) os seus hábitos sociais e alimentação favorecem o desenvolvimento do câncer mamário;
- b) também aquelas que tenham parentes de primeiro grau que tiveram câncer da mama;
- c) as mulheres que começaram a menstruar muito cedo (antes do 11 anos);
- d) mulheres que menstruam por mais tempo (após 52 anos);
- e) mulheres que tiveram seu primeiro filho tardiamente (depois dos 30 anos);
- f) mulheres que não tiveram filhos, ou que amamentaram pouco;
- g) mulheres com mais de 50 anos e menos de 65 anos;
- h) mulheres que consomem muita comida gordurosa e poucas verduras, legumes, frutas e grãos naturais;
- i) mulheres com excesso de peso, especialmente após a menopausa;
- j) mulheres que consomem álcool regularmente, fumam ou usam muito açúcar branco;
- l) mulheres que já tiveram um tumor de mama, mesmo que estejam curadas.

O câncer de mama se torna uma doença da família tanto quanto pessoal, segundo Freitas (2001), pois compromete o funcionamento social, psicológico e cultural desse grupo; abrangendo a perda de confiança, o medo da incapacidade, o medo de se tornar inválido ou de ficar totalmente comprometido com a doença.

De acordo com Maluf (2006, p. 27), o câncer é definido como “um crescimento anormal de um tecido celular capaz de invadir outros órgãos a nível local ou à distância

² O BRCA1 é um gene extremamente complexo, contendo mais de 600 mutações ligadas ao desenvolvimento do câncer de mama e de ovário.

³ O BRCA2, segundo gene, que confere suscetibilidade ao câncer de mama, também está ligado à ocorrência do câncer de mama masculino.

metástases⁴ sendo, em sua maioria, oriundo de alterações do DNA”. Maluf (2006) menciona que o câncer é uma alteração do organismo como um todo e não apenas com uma invasão, agressão ou irritação externa. Sendo assim, em certo momento da vida do indivíduo existe um não-reconhecimento dos elementos orgânicos e psicológicos que o agregam, isto é, há uma modificação na leitura do sistema imune do indivíduo, que pode ocorrer em função de inúmeros fatores, como, por exemplo, a presença de elementos carcinogênicos no meio externo, oncogenes e ou protocogenes, ação virótica, falha imunológica, problemas emocionais, traumas psicológicos, entre outros.

A etiologia do câncer de mama é desconhecida e seus fatores de risco, quando avaliados particularmente, são abstrações estatísticas. Da singularidade caótica do evento neoplásico inicial e sua progressão, na intimidade do tecido mamário, até o diagnóstico, muitos anos podem ter decorrido (FREITAS, 2001).

De acordo com Gimenes (2000), a angústia provocada pelo diagnóstico e pelo tratamento esteve sempre presente. Cada mulher com câncer traz à situação suas características demográficas, sua condição médica e suas estratégias de enfrentamento para lidar com o estresse. Cada uma também tem um modo particular de lidar com a mastectomia. Essas questões constituem aspectos que desempenham um papel fundamental na adequação psicossocial da mulher portadora de câncer de mama.

A amputação das mamas causa estranheza em função da agressão ao “eu – pele”. Causa também, algumas vezes, o decréscimo ou dano das sensações nas áreas da cicatriz, o que se forma em problema para várias mulheres (MALUF, 2006).

Segundo Segal (1995), todos os anos, centenas de mulheres se submetem a uma mastectomia. Algumas se acostumam a conviver com uma só mama, restando a cicatriz deixada pela cirurgia; outras optam por reconstruir a mama através de uma cirurgia reconstrutora. Esta situação é bastante individual e nem sempre relacionada com a faixa etária, situação familiar ou até mesmo condição social. Na realidade, a própria cirurgia plástica reconstrutora possui um enfoque característico e uma técnica apropriada naquela necessidade a ser suprida.

Para Freitas (2001, p. 355):

⁴ Metástase: Implante neoplásico sem continuidade com o tumor primitivo. A produção de metástase é uma das principais características que distinguem as neoplasias malignas das benignas, pois, com poucas exceções, todos os cânceres podem metastizar (produzir metástase).

A reabilitação é um marco referencial na luta contra o câncer. Deve-se usar o conhecimento científico e tudo o que nos ensinam os pacientes para entender que não é aceitável a visão de incapacidade pela doença, mas pela incapacidade ou relutância de vê-los como seres únicos dentro do seu contexto sócio-cultural, introduzindo-os a essas estratégias que ajudarão a um franco restabelecimento.

A reconstrução mamária tem por objetivo restabelecer a imagem corporal ou melhorar a auto-imagem, restaurar o volume perdido, assegurar uma simetria com a mama oposta, recriar aréola e mamilo. Pode ser feita em conjunto com a mastectomia, sendo denominada imediata; ou pode ser feita após a mastectomia, sendo denominada tardia. As técnicas de reconstrução irão variar em função da cirurgia realizada para o tratamento mamário.

Hoje em dia, a reconstrução mamária não oferece maiores riscos, porém a equipe médica (cirurgião, oncologista, cirurgião plástico) deverá estar bem integrada, a fim de alcançar os melhores resultados. Para mulheres mastectomizadas, a possibilidade de uma cirurgia plástica depende de muitos fatores. Em geral, quanto mais cedo um caso é tratado, maior é a chance de uma cirurgia reconstrutora. A detecção precoce é vital, pois um tratamento na fase inicial pode significar não só uma vida salva, mas também a conservação da estética do seio, ainda que artificialmente. A área da cirurgia plástica tem aperfeiçoado técnicas, inventando meios de fazer mamilos, aréolas de pele retirada de cartilagem do ouvido e outras áreas do próprio corpo. Os cirurgiões muitas vezes realizam a mastectomia tendo em mente uma futura reconstrução. A maioria dos médicos é bastante cautelosa e procura aguardar um período antes de realizar a reconstrução mamária, a fim de evitar maiores problemas decorrentes de uma reincidência do tumor original. O cirurgião utiliza próteses ou os próprios músculos da paciente, retirados das costas ou do abdome. Esta intervenção é normalmente praticada em duas etapas, ou seja, a primeira restaura o volume e a aparência do seio e a segunda etapa consiste na implantação do mamilo, que poderá ser feita sob anestesia local. Utiliza-se, também, a técnica com expansor de tecido, que consiste na colocação de um dispositivo chamado expansor por baixo da pele, que é constantemente insuflado com soro, e assim a pele assume uma maior dimensão e elasticidade, possibilitando o implante de silicone (CLARK, 1997).

Gimenes (2000) aponta que, depois de um diagnóstico de câncer de mama, as mulheres e seus familiares se preocupam primordialmente com a questão de sobrevivência. Posteriormente, todos passam a se preocupar com as habilidades necessárias para tolerar os tratamentos prescritos, com questões econômicas e com a reintegração social da mulher mastectomizada. Há uma preocupação com a perda da feminilidade, ou seja, com o desfiguramento e a perda da atração sexual, o que se pode tornar condição predominante.

Após a análise da doença, há algumas possibilidades de tratamento, tais como quimioterapia neo-adjuvante seguida de cirurgia ou o procedimento cirúrgico *per se*. Estes procedimentos abrangem desde a retirada única do(s) carcinoma(s), preservando-se assim a mama, até a mastectomia radical, na qual a mama é extirpada (MALUF, 2006).

A mastectomia radical alcançou uma ampla utilização para o tratamento do câncer mamário no século XXI. Nas pacientes com estágio inicial, as alternativas cirúrgicas incluem a mastectomia seguida por reconstrução mamária ou cirurgia conservadora (GIMENES, 2000).

Para Clark (1997), a radioterapia é necessária como primeiro tratamento e começa entre a segunda e quarta semana após a mastectomia setorizada, após a incisão cirúrgica ter cicatrizado e a movimentação do ombro estar adequada.

De acordo com Segal (1995), a ansiedade e o medo em torno da palavra *mastectomia* são muito grandes devido às conseqüências que dela decorrem. Para toda mulher, independente de idade, condição social ou econômica, a experiência é traumatizante, apesar dos diferentes tipos de intensidade e de reação frente ao diagnóstico do câncer. Esta crise começa a se tornar mais real após a cirurgia e durante a hospitalização. Pode-se analisá-la em dois aspectos: o problema do câncer e seu significado e a perda do seio. O diagnóstico do câncer gera grande impacto e, mesmo que cada um reaja de maneira diferente, a reação é sempre negativa. É difícil incluir a palavra *câncer* no vocabulário e termos como “a doença” ou “tumor” são mais aceitáveis. A morte tem parâmetros diferentes para cada pessoa, pois pode haver medo de perder a independência e tornar-se um peso para outros, ou pode haver o medo da dor e do sofrimento, além do medo do futuro em relação ao prognóstico e outros.

Para Freitas (2001), as pacientes submetidas a tratamento por câncer de mama devem dar seqüência sistemática e rigorosa ao tratamento, a cada três meses nos primeiros dois anos, quando é mais freqüente a recorrência, pois, muitas vezes, o primeiro aparecimento de falha de tratamento é a recidiva local que, não raro, é passível de resgate cirúrgico sem prejuízo de sobrevida global. Basicamente, realiza-se exame clínico trimestral com mamografia e ecografia mamária semestral nos primeiros dois anos.

Após alguns meses da cirurgia, há uma mudança significativa no foco de atenção das mulheres, em vez de se preocuparem com a sobrevivência, passam a se preocupar com a reabilitação física, a prótese e o reingresso em seu meio social. Também apresentam sérias dificuldades em relação a trabalho, a atividades sociais e de lazer, a casamento, a relacionamentos interpessoais e à rotina diária (GIMENES, 2000).

Segundo Clark (1997), também há, além de um grande desgaste emocional, a possibilidade de infecção, de trauma de algum nervo, de perda da sensibilidade, de sensação de agulhadas, de edema do membro superior, de mobilidade do braço alterada, de desgaste, de sensações de mama fantasma, de necrose de retalhos cutâneos, de alteração da imagem corporal semelhante à mastectomia radical.

De acordo com Freitas (2001, p. 355):

A reabilitação tem como definição restaurar privilégios, reputação ou própria condição; restaurar a vida normal com treinamento, especialmente após reclusão ou doença. Conceitos de reabilitação estão relacionados à qualidade de vida, definidos como uma combinação de satisfação pessoal, status emocional, econômico, saúde geral, conhecimento, comparação com outros, desenvolvimento de habilidades e auto-estima.

Esses indivíduos têm um grande obstáculo, a de adaptação a sua condição e a sua reintegração a uma vida normal após o diagnóstico e o tratamento. Tais medos e dificuldades são frequentes e exacerbados pela atitude negativa em relação ao câncer evidenciada pelos profissionais da saúde. Muitos estudos apontam seqüelas psicológicas e físicas do câncer de mama; dificuldades com próteses, excesso ou perda de peso, alteração da imagem corporal e distúrbios psicológicos que continuam por longo período após o tratamento. É imprescindível a incorporação e a reabilitação como um plano de cuidados traçado atenciosamente por uma equipe multidisciplinar, unificada com a mesma filosofia de trabalho, que possa proporcionar suporte adequado antes e durante o diagnóstico, a cirurgia ou qualquer tratamento durante a internação e após a alta. Uma intervenção precoce minimiza as seqüelas do tratamento e propicia melhor qualidade de vida à pessoa (FREITAS, 2001).

A utilização de técnicas cirúrgicas na reconstrução mamária trouxe melhora dos resultados estéticos, resultados que puderam ser traduzidos para a paciente em maior satisfação e aceitação do tratamento, facilitando sua reintegração familiar e social. Não se pode, contudo, esquecer a importância da qualidade de vida global dos pacientes. A decisão de fazer uma reconstrução mamária depende de vários fatores, ao passo que se torna necessário, portanto, a inclusão de uma equipe multidisciplinar, com profissionais especializados em oncologia, que possam oferecer condições de recuperação física e emocional à paciente, trazendo-a de volta ao convívio familiar, social e profissional (CAMARGO, 2000).

Há também, segundo Gimenes (2000), a competência social, que se refere à habilidade de reassumir, após a mastectomia, os papéis que a mulher comumente desempenhava em seu contexto social. Estes papéis incluem as atividades da vida diária, como, por exemplo, trabalho, lazer e envolvimento como esposa e mãe.

Aspectos psicossociais da mulher mastectomizada

De acordo com Chaves (2006), a situação do câncer de mama afeta diretamente a mulher, o que ocorre de forma independente de raça, de cor e status social. Esta patologia deixa marcas profundas na vida de uma mulher, pois o tratamento realizado na mastectomia deixa seqüelas físicas e psíquicas marcantes.

Frente ao não-diagnóstico maligno, a sensação de alívio é enorme, porém, quando da confirmação do câncer de mama, a mulher passa por várias fases de conflito interno que oscilam desde a negação da doença até a procura de vários profissionais na expectativa de que algum deles lhe dê um diagnóstico contrário ao já formulado (MALUF, 2006).

Para Chaves (2006), cada mulher reage de maneira diferente quando descobre que está com câncer, sendo que umas ficam melancólicas e depressivas e outras tentam reagir, buscando uma melhor qualidade de vida.

Este primeiro choque é o marco dos problemas psicológicos originados pelo tratamento do câncer de mama, problemas que podem ser agravados se houver uma história antecedente de tratamento psiquiátrico, desordens afetivas durante o tratamento primário, labilidade emocional, a existência de um pobre suporte social e a falta de uma ocupação, conforme Fallwfield (1991, apud Maluf, 2006).

A revolta é um sentimento muito presente, pois é comum se ouvir a pergunta “Por que eu?”. A revolta se dá também pela falta de controle sobre o próprio corpo e a saúde, e, ainda, o fato de que a medicina não pode garantir a cura. Alguns evitam falar sobre o assunto, o que, na realidade, é maneira de se auto-defender. Ao contrário, no entanto, a conscientização frente ao diagnóstico ajuda a readquirir o equilíbrio básico (SEGAL, 1995), o que deveria fazer os pacientes se comunicarem exaustivamente sobre o assunto.

A maioria das pacientes, segundo Maluf (2006), não imagina que o tumor mamário é doença sistêmica, necessitando do tratamento com quimioterapia e a hormonioterapia, de tal modo que a cirurgia não é, muitas vezes, o único tratamento. Também há um grande alvoroço dos efeitos colaterais da quimioterapia e da radioterapia, provocando mais ansiedade e medo,

transtornos estes que podem ser suavizados pelos especialistas que acompanham o caso: o mastologista, o oncologista, o radioterapeuta e o psicólogo.

Todo o tratamento de câncer de mama envolve procedimentos mutilantes e extremamente fortes, procedimentos que geram apreensão, maior sensibilidade emocional e instabilidade social. O processo cirúrgico causa grande medo, ansiedade e aflição. É nesse momento que a mulher deve receber o apoio de um aconselhamento, como forma de auxílio para uma contínua luta pela vida (CHAVES, 2006).

É importante o contato com outras mulheres que enfrentaram os mesmos problemas, pois a troca de experiência muitas vezes encoraja, incentiva e reforça a necessidade de se batalhar pelos objetivos propostos. É importante saber que outra mulher que estava deprimida e desesperada enfrentou o trauma e reassumiu a vida de forma completa e satisfatória.

O grupo terapêutico é um tipo de intervenção muito utilizado na prática da psicologia oncológica. Características exclusivas dos grupos psicoterápicos contribuem para sua eficácia: compartilhar informações, universalidade de conflitos, altruísmo, comportamento identificativo, aprendizagem interpessoal, coesão grupal e catarse (VENÂNCIO, 2004).

Para Pinto (2006), o trabalho psicoterapêutico deverá levar a mulher ao conhecimento de sua condição, mostrando-lhe possibilidades de uma convivência produtiva nos âmbitos familiar e social, bem como a adaptação efetiva às circunstâncias de sua doença, tais como favorecer a recuperação, a autoconfiança, sua auto-estima e melhor convivência com as pessoas das quais seu estado emocional depende.

Venâncio (2004) refere-se ao uso de técnicas de relaxamento, como a auto-hipnose ou o relaxamento progressivo, já que permitem que o indivíduo tenha um maior controle sobre suas emoções e sintomas, como, por exemplo, saber controlar o pânico, a dor, a náusea e vômitos.

A atuação do psicólogo não se restringe ao paciente oncológico. É imprescindível incluir a família no atendimento, já que são personagens fundamentais no auxílio aos pacientes para o enfrentamento da doença. Na medida em que tenha suporte, a família pode se tornar aliada permanente não só do paciente, como também da própria equipe de saúde (VENÂNCIO, 2004).

É crucial que a família possa entender que existe uma inquietação não somente com a questão da sobrevivência, mas também um grande impacto emocional gerado pela amputação da mama, que se sobrepõe, muitas vezes, ao impacto do diagnóstico, ou seja: a expectativa da mutilação da mama desenvolvendo reações emocionais tão intensas que poderiam ser comparadas às fantasias de morte, segundo Basegio (apud MALUF, 2006).

De acordo com Maluf (2006), a mastectomia radical gera uma agressão à unidade corporal e psíquica da mulher.

Pinto (2006) corrobora o acima exposto, afirmando que a perda do seio é desorganizadora do esquema corporal, leva as pacientes a se sentirem feias, menos femininas e descontentes com seus corpos. Insegurança, desespero e medo da morte são recorrentes, acarretando dificuldades de estabelecer relacionamentos com o outro.

Maluf (2006, p. 20) destaca que:

A unidade corporal é mantida pela pele que tem como funções conter e reter em seu interior o “bom” e o “pleno”, como o aleitamento e cuidados; é a interface que marca o limite entre o “de fora”, mantendo-o externo, é a barreira que protege contra as agressões provindas do meio, é um lugar e um meio primário de comunicação com os outros, de estabelecimento de relações significativas sendo um órgão muito estimulado nas preliminares sexuais; ao ser agredida e retirada, os conteúdos internos (físicos e psicológicos) são exteriorizados.

Assim, traz repercussões emocionais, danificando não somente a integridade física, como também alterando a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma e de sua sexualidade (ROSSI, 2003).

O autor cita que o sofrimento também ocorre em curto prazo, causado pelos efeitos da quimioterapia adjuvante, como fadiga, alopecia, constipação, náusea, estomatites e ganho de peso, efeitos esses que contribuem na alteração e no funcionamento sexual, em virtude da redução da libido feminina e da capacidade da mulher para se engajar na atividade sexual.

Chaves (2006), afirma que o câncer de mama afeta diretamente a mulher no bio-psico-social e espiritual, pois a identidade feminina está intimamente associada com a mama, representando as características de sexualidade, de feminilidade e de amamentação. A mastectomia, portanto, interfere diretamente em sua vida sexual, afetiva e social, prejudicando-a em seus relacionamentos interpessoais, causando-lhe deformidades físicas consideradas como uma mutilação, que a impede de realizar as atividades antes da doença, pois existe a necessidade de preservar o braço afetado, como prevenção de maiores complicações físicas.

Sabbi (1999, p. 121) descreve que:

O significado da mama para as mulheres é algo muito importante e tem relação com a nossa imagem, nosso visual, nossa feminilidade. A mama é responsável pela vida, se pensarmos assim que a mulher é aquela que cuida do bebê nos primeiros momentos após o nascimento. Nós todos um dia, em geral, dependemos de uma mamãe que nos amamentou. Isso tem um significado enorme, tanto para mulheres

quanto para homens. No caso das mulheres, acrescenta-se a esse fato a questão da imagem feminina.

Existem transformações expressivas em vários comportamentos, incluído o da sexualidade, nas pacientes submetidas à mastectomia, tais como a dificuldade em agir sedutoramente; dificuldade em despir-se na frente do marido; e também prefere que o marido não visualize ou toque na cicatriz cirúrgica e, algumas vezes, a uma diminuição da atividade genital, representando uma mescla de auto-estima e de imagem corporal abalada (MALUF, 2006).

De acordo com Maluf (2006, p. 52):

A experiência de câncer de mama não aumenta o índice de separação conjugal, embora possa criar uma tensão conjugal. As estimativas indicam que, de $\frac{1}{4}$ a $\frac{1}{3}$ dos casais estão propensos a experimentar dificuldades sexuais após o diagnóstico de câncer de mama. Quanto às mulheres solteiras, estas podem temer que um parceiro em potencial as rejeite, pelas mudanças físicas ocorridas como resultado do tratamento do câncer de mama (efeitos da quimioterapia) ou pelo medo de perder o parceiro com a ocorrência do câncer de mama.

Quando as disfunções sexuais acontecem, pode decorrer certa dificuldade de aceitação por parte dos respectivos parceiros. A dificuldade na adequação às mudanças nas relações conjugais ou sexuais são preditivas de depressão no parceiro, segundo Maguire (apud MALUF, 2006).

O papel sexual é um enorme aspecto da qualidade de vida, aspecto que deve ser tratado com o paciente juntamente com a discussão sobre a doença. Deve ser feita a ligação entre a saúde e a questão sexual, enfatizando a importância de manter a atividade sexual durante o tratamento e a recuperação. No tratamento do câncer, pode haver necessidade de consultar um especialista em sexualidade (MALUF, 2006).

Também Gimenes (2000) se refere ao fato de que, quando há níveis mais baixos de bem-estar psicológico, podem-se observar mulheres que culpam os outros ou a si mesmas pelo aparecimento do câncer e que percebem sua doença como de longa duração. A percepção da duração do evento estressante também parece contribuir para baixos níveis de bem-estar psicológico. Isto ocorre pelo conhecimento que a mulher tem acerca da complexidade do processo de tratamento do câncer da mama, o que normalmente acontece durante períodos prolongados de tempo.

Maluf (2006) destaca também o processo de luto que a mulher portadora de câncer de mama atravessa ao longo do procedimento de tratamento:

- a) Em primeiro, pela probabilidade de ter câncer;
- b) Em segundo, quanto ao diagnóstico;
- c) Em terceiro, quanto ao tratamento cirúrgico;
- d) Em quarto, o luto gerado pela perda da imagem-corporal correspondente e um luto determinado pelos possíveis obstáculos que terá em consequência da cirurgia.

O processo de luto é definido, segundo Maluf (2006), como um conjunto de reações perante uma perda, envolvendo uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem.

O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido ou a reação à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, entre outros. É um processo de perceber-se, de tornar real o fato da perda. O processo do luto leva tempo e qualquer coisa que force e teste a realidade no período inicial, isto tende a causar dificuldades (MALUF, 2006).

Para Maluf (2006, p. 59):

Baseando-se nesta premissa, o processo de luto pelo qual passa a mulher com câncer de mama é um momento em que esta tem possibilidade de entrar em contato com seus conteúdos internos e os confronta com a nova realidade, elaborando esses significados, para que possa refazer psicologicamente sua auto-imagem, através do choque (contato) com uma nova realidade: estar mastectomizada, não importando se esta condição é transitória (havendo posterior reconstrução) ou permanente

Este processo, segundo Maluf (2006), é difícil e doloroso, sendo acompanhado por desde uma tristeza até uma profunda depressão, além de sentimentos como angústia, medo e desesperança. Assim, é muito importante que a equipe médica que acompanha esta mulher fique atenta aos sinais por ela mostrados, sabendo diferenciar a tristeza e a melancolia em relação à depressão que costuma acompanhar os pacientes com câncer.

Quando falamos em luto em relação ao tratamento cirúrgico, queremos dizer que, por um lado, a cirurgia possui um lado “reconfortante” para a paciente, pois poderá “acabar com isso logo”, sendo tratada de um mal que lhe tirou a saúde. Ao mesmo tempo, porém, a “alegria e o alívio” movidos por esta primeira etapa do tratamento têm duração limitada, até o período em que a paciente cai em si e se percebe: instala-se, assim, o processo do luto – o luto pelo corpo perdido e pela feminilidade “roubada”, além dos sentimentos de menos valia por sentir “menos mulher que as demais” (MALUF, 2006).

Na década das 1960, Elizabeth Kubler Ross observou algumas reações típicas em pacientes que passaram por situações críticas como a de receber um diagnóstico grave e comprometedor, sendo reações de:

- a) *negação*: é importante lembrar que, quando uma paciente ignora um nódulo ou qualquer outro sinal estranho, ou até mesmo a orientação médica de cirurgia, ela está se poupando até recobrar as condições mínimas necessárias pra enfrentar a realidade de um diagnóstico, tratamentos, seqüelas, riscos, etc.;
- b) *revolta*: compreender, aceitar e dar assistência à paciente neste momento é sinal de amadurecimento profissional e humano;
- c) *isolamento*: muitas pacientes procuram o isolamento e não querem sair, passear, se arrumar e, por isso, fogem do contato com pessoas ou atividades.
- d) *barganha*: é comum muitas pacientes de repente tornarem-se religiosas, humanitárias, passarem a ter uma vida regrada e saudável, procurando com isso barganhar com o espírito ou com o corpo, buscando cura;
- e) *aceitação*: nesta outra fase, o paciente fica amestrado, obedece a tudo o que o médico determina. Ele deixa de ser o indivíduo e passa a ser uma moléstia, uma seqüela, batizada e registrada por uma série de testemunhas. No caso da mastectomia, a paciente deixa de ser a “dona Maria, a mulher, a mãe, a esposa”, passando a ser “a cancerosa, a mastectomizada, a mutilada”, etc.

Como a mulher percebe as alterações negativas na imagem corporal e no auto-conceito, que são efeitos de uma parte significativamente pautada à identidade feminina, como os seios, o estado dessas alterações pode estar supostamente contido com o grau de alteração física e com o significado pessoal daquela parte, ou seja, a melhora da imagem corporal e do auto-conceito pode resultar na reconstrução mamária (MALUF, 2006).

Ocorre, no entanto, que as mulheres sujeitadas a cirurgias conservadoras, ao contrário das submetidas a cirurgias radicais, possuem sentimentos positivos em relação a seu corpo, principalmente quanto a sua nudez. Ao contrário, no caso de uma mastectomia radical alterada, por volta de 25% das mulheres apresenta notável ansiedade ou humor depressivo (Schover, 1995, apud MALUF, 2006).

De acordo com Maluf (2006), a sexualidade feminina está sempre em constante transformação. A sociedade cada vez mais estipula um padrão de beleza. Para a mulher ser sensual e atraente, o corpo feminino deve adaptar-se às novas normas da sociedade, sendo um corpo torneado e definido, que seja valorizado através de suas vestimentas, sendo estas justas

ou curtas, com decotes, fendas e tecidos que modelam seu corpo “esculpido” e extremamente sexualizado.

Ao mesmo tempo cabe lembrar que a sexualidade é inata a todos os seres do reino animal, mas, no ser humano, a sexualidade não é só para a reprodução, mas também envolve a obtenção de prazer (MALUF, 2006). Sendo assim, a sexualidade feminina está relacionada tanto às funções reprodutivas como as de obtenção de prazer, uma inseparável da outra. Estas relações entre sexualidade e a tendência maternal são de natureza psicológica, e essa complexidade parece sugerir uma determinação a mais, além de meramente hormonal (Deutsch, apud MALUF, 2006).

Assim, com esse entendimento mais completo, falar sobre sexualidade após uma mastectomia é tão importante quanto abordar qualquer aspecto que envolve o tema do câncer de mama. Assim também é importantíssimo falar da reconstrução mamária. Maluf (2006) apresenta uma probabilidade de benefícios psicológicos para as pacientes com câncer de mama operável, da mesma forma como pacientes que fizeram reconstrução conta que passaram por menos sofrimento psicológico do que aquelas submetidas à mastectomia simples sem reconstrução.

Acrescente-se que mulheres tratadas com cirurgia conservadora mostram maior empenho durante a atividade sexual do que mulheres sujeitadas à mastectomia radical modificada. Também, de acordo com Segal (1995), é com urgência que devemos dar informações a respeito do amor e sua sexualidade, na esperança de conseguir esclarecer as dúvidas e os temores, tão enraizados e cercados de tabus. A maioria das mulheres sente alguma vergonha relacionada a sua cirurgia do seio. A nova aparência física muitas vezes gera vontade de se esconder. Não falar ou não mostrar a cicatriz, não tirar a camisola na frente das crianças ou do companheiro, são preocupações constantes.

O uso de quimioterapia, de radioterapia ou de opióides analgésicos faz com que o nível de testosterona atenua, provocando, assim, uma diminuição ou uma perda do desejo sexual. Também há queda de outros hormônios, como o estrogênio, que provoca ressecamento da vagina e dispareunia, ou seja, dificulta a atividade sexual (Schover & Mc, 2001, apud MALUF, 2006).

Embora algumas pessoas experienciem a mastectomia como o começo do declínio em seus relacionamentos conjugais, outras pacientes têm relatado que suas relações conjugais melhoraram como resultado de aproximação oportunizada pelo estresse do câncer da mama (GIMENES, 2000).

Há uma diferenciação entre “sexualidade” e “função sexual”, de acordo com Bruner (1998, apud MALUF, 2006). A função sexual é o único foco de muitos instrumentos de avaliação, mas é apenas uma dimensão da sexualidade. A função sexual tem foco mais estreito e, na maioria das vezes, inclui aspectos do ciclo de resposta sexual, isto é, desejo, interesse, orgasmo ou atividade e satisfação.

No caso da sexualidade, lembramos que ela não se resume ao seio, a sexualidade da mulher operada de câncer de mama pode até melhorar, se for realmente importante em sua vida e se, na companhia do parceiro, sabendo ele também lidar com a nova situação, encontrarem juntos novas formas de continuar com uma relação sexual gratificante (COSTA, 1999).

Algumas mulheres dizem que a desfiguração do corpo é a causa dos problemas sexuais. É bom lembrar que não é somente o corpo que a deixa sensual. Existem outras qualidades que o companheiro acha atraente, como senso de humor, intelecto, doçura, bom senso, dedicação sincera; enfim, cada um sabe o que o faz especial, e é mais do que a anatomia da mama. Com certeza estas qualidades não foram perdidas com a perda do seio.

Dois séculos antes de Cristo, Galeno definia o câncer como a “doença das mulheres melancólicas”. Por isso, numa equipe médica que esteja começando um tratamento, é importante a atuação de um terapeuta especializado em psico-oncologia, que iniciará seu trabalho paralelamente à comunicação do diagnóstico de câncer de mama, quando a mulher se vê confrontada com questões como a morte, a finitude, a mutilação e a transformação eventual de sua sexualidade (COSTA, 1999).

Segundo Rodrigues (apud MALUF, 2006), é de se destacar a importância, nestas fases, que a paciente tenha um apoio emocional por parte de seus familiares e amigos, porém, algumas vezes, isto se torna difícil em virtude dos fortes laços que unem estas pessoas e pelo desconhecimento da evolução e do tratamento da doença. Isto é, se estas pessoas não conseguiram encarar de fato a doença, possivelmente não conseguirão dar base a esta mulher. Assim, o trabalho do psicólogo torna-se de grande valor tanto para a família quanto, e sobretudo, para a paciente, que tem a oportunidade de demonstrar todas as suas angústias, todos os seus medos e todas as suas incertezas frente ao câncer, verbalizando conteúdos que provavelmente não contaria a um amigo ou familiar. Uma diferença importante é que terá suporte de um profissional preparado e que poderá continuar a acompanhá-la durante todo este processo.

Tendo em vista a adaptação psicossocial da mulher mastectomizada, faz-se necessário reconhecer a importância de que seja realizada uma avaliação não só acerca de sua percepção

de apoio familiar, mas, também, acerca dos recursos psicossociais que sua família tem para lidar com o impacto do câncer de mama e de seus tratamentos. A intervenção e o apoio psicológico devem ser dados, o quanto antes, para famílias que apresentam poucos recursos para a resolução de problemas ou poucos recursos emocionais para lidar com a doença e suas conseqüências. Quanto maior número de complicações de saúde menor será o nível de bem-estar psicológico (GIMENES, 2000).

Nesta fase o apoio familiar e o suporte médico-psicológico podem amenizar os possíveis efeitos colaterais com medicações específicas e sempre orientando a paciente e os familiares das prováveis evoluções, diminuindo assim a tensão e o medo do incerto (MALUF, 2006).

Considerações finais

O presente estudo possibilitou compreender não somente algumas faces da realidade das mulheres mastectomizadas a partir de sua própria percepção, como também as formas que elas adotam para enfrentar a doença, pois, cada mulher diante do diagnóstico irá adotar uma forma de enfrentamento diferente, devido sua história de vida e sua subjetividade.

A partir do momento que essas mulheres passam a entender melhor sobre a doença, como ela surge, e a conhecer quais são os procedimentos do tratamento, isso as deixam mais seguras para enfrentar esse momento, também é essencial o suporte social oferecido pelos parceiros, a demonstração de afeto de companheirismo nesta situação que vivenciam. Não podemos esquecer o apoio que as mesmas podem obter no processo psicoterapêutico, uma segurança a mais na luta contra o câncer de mama.

As mulheres nesse momento necessitam de apoio psicológico, ao passo que, diante de tantas mudanças, precisam passar por um processo de readequação. Esse novo referencial de vida causa grande sofrimento devido às dificuldades de enfrentamento. Assim, a intervenção psicológica oportuniza a expressão dos medos e das fantasias sobre o câncer, ajuda a superar os problemas da mutilação com a retirada da mama doente, cultivar a esperança e valorizar a vida.

Gimenes (2000) destaca que a família das mulheres mastectomizadas também precisa ser alvo de intervenção no sentido de receber apoio psicológico para lidar com o contexto estressante gerado pelo diagnóstico de câncer e seus tratamentos, como também ser orientada para lidar com a pessoa doente de modo a ajudá-la a maximizar seus recursos de enfrentamento.

O diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de conflitos emocionais, em que a morte e a perda da mama, nesse momento, passam a representar uma ameaça constante. O câncer e a mastectomia são experiências traumatizantes para a mulher, abalando não somente seu estado físico, mas também sua identidade, sexualidade e, conseqüentemente, a maneira como esta se posiciona no mundo e o quanto consegue desfrutar sua vida.

Os temas levantados revelam claramente as dificuldades encontradas para se adequarem a uma nova situação, pois a perda da mama compromete, de uma certa forma, todos os âmbitos de suas vidas.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

BEREK S. Jonhathan. **Tratado de ginecologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

CAMARGO, Márcia Colliri. **Reabilitação física no câncer de mama**. São Paulo: Roca, 2000.

CHAVES, Evelyn Ruela. **O olhar da mulher mastectomizada**. Cascavel: Coluna Saber, 2006.

CLARK, Jane C. **Enfermagem oncológica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

COSTA, Mauricio Magalhães. **A saúde dos seios**. 1. ed. Rio de Janeiro: Diagraphic, 1999.

FREITAS, Fernando et alii. **Rotinas - ginecologia**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GIMENES, Maria da Gloria G. **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

MALUF, Maria Fernanda. **Mastectomia radical e sexualidade feminina**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

PINOTTI, José Aristodemo. **Câncer de mama**. Tradução e revisão Luiz Fernando Aguiar. São Paulo: Ícone, 1992.

REY, Luiz. **Dicionário de termo técnico de medicina e saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1999.

SEGAL, Sandra Megrid. **Mastectomia: mantendo sua qualidade de vida após câncer de mama**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.

SABBI, Ricardo A. **Salvando a sua mama**: informações para as mulheres. Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

PINTO, Adriana Carvalho. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. Rev. SBPH, v. 9, n.,2, Rio de Janeiro, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200002&lng=pt&nrm=is>. Acesso em 06 de junho de 2008.

ROSSI, Leandra. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 23, n. 4, Brasília, dez. 2003. Disponível em: <http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=S141498932003000400006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em 20 de agosto de 2008.

VENÂNCIO, Juliana L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/REVISAO3.pdf>. Acesso em 29 de setembro de 2008.