



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS
E SOCIAIS DE BARBACENA
CURSO DE PSICOLOGIA

Isabela Campos Dias

Kelly Milene Miranda

CÂNCER DE MAMA:

A REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NO PSIQUISMO DA MULHER

BARBACENA
2015

Isabela Campos Dias
Kelly Milene Miranda

CÂNCER DE MAMA:
A REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NO PSQUIISMO DA MULHER

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Faculdade Presidente Antônio Carlos –
UNIPAC, como requisito final para a
conclusão do curso de Psicologia.

Orientadora: Carla Cristina Soares de
Oliveira do Vale

BARBACENA
2015



UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS – UNIPAC
FACULDADE REGIONAL DE CIÊNCIAS EXATAS
E SOCIAIS DE BARBACENA
CURSO DE PSICOLOGIA

Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “Câncer de mama: a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher”, de autoria das alunas Isabela Campos Dias e Kelly Milene Miranda, aprovado pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

Prof^a. Me. Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale

Prof. Dr. Helder Rodrigues Pereira

Rosane Auxiliadora de Almeida

Barbacena, 1º de dezembro de 2015

Às mulheres que vivenciaram o câncer de mama e que vão ou não passar pela mastectomia. São “Marias”, “Joanas”, “mães”, “filhas”; “fortes” ou “frágeis”... mulheres... todas elas impregnadas por sentimentos e experiências forjadas na convivência familiar, no cotidiano, na cultura e na sociedade. A elas, o nosso respeito e admiração!

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus, que nos permitiu concluir este trabalho, apesar das adversidades.

Aos nossos pais e irmãos, o amor incondicional, dedicação e companheirismo de sempre.

Às mulheres que fazem parte deste estudo, agradecemos de modo especial. Elas compartilharam suas verdades, dores e alegrias, suas histórias, mundos e lutas na busca da saúde sobre a doença. A elas toda nossa gratidão!

À nossa orientadora, Carla Cristina Soares de Oliveira do Vale, agradecemos a confiança, incentivo, dedicação! Ela acreditou que seríamos capazes de realizar tal desafio, mesmo quando nem nós acreditávamos que chegar até aqui fosse possível. É um privilégio e uma honra sermos orientadas por você, temos muito orgulho de dizer que fomos e somos sempre suas orientandas. Muito obrigada!

Agradecemos também aos nossos namorados, Vinícius e Leandro. Eles entenderam a ausência de cada dia e nos ajudaram, de forma especial e carinhosa, dando força e coragem durante os momentos de dificuldade.

À nossa querida amiga Daniela de Fátima, que compartilhou sonhos e projetos, compreendeu nossas inseguranças, estendeu a mão durante nossos tropeços e sempre nos incentivou. Obrigada Pequena!

Aos funcionários da biblioteca da UNIPAC, em especial à Karina, a disponibilidade, companheirismo e atenção de sempre.

À Daniele Ribeiro, que fez este trabalho tomar forma, com valiosas contribuições e uma cuidadosa revisão.

Enfim, agradecemos a todos que acreditaram que seríamos capazes, aos que de alguma forma estiveram e estão próximos, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena!

As pessoas mais bonitas que conhecemos são aquelas que conheceram o sofrimento, conheceram a derrota, conheceram o esforço, conheceram a perda e encontraram seu caminho para fora das profundezas. Essas pessoas têm uma apreciação, uma sensibilidade e uma compreensão da vida que as enche de compaixão, gentileza e uma profunda preocupação amorosa. Pessoas bonitas não acontecem por acaso... (Elisabeth Kubler-Ross).

RESUMO

O câncer de mama, por sua elevada incidência e mortalidade, é uma das doenças que mais causa sofrimento físico e psíquico. Se detectado precocemente há altas chances de cura, entretanto na maioria das vezes ele é descoberto em estágios avançados, gerando tratamentos mutilantes à mulher, como a mastectomia radical ou parcial. Os efeitos que a mutilação promove não se resumem, apenas, em fisiológicos, mas, também, psicológicos. Extrair a mama em decorrência de uma enfermidade crônica acarreta a morte da feminilidade, devido ao seio ser o órgão associado ao prazer e à vida, além de possuir um poder simbólico cultural e social. Levando em consideração a representação simbólica das mamas, este estudo tem como objetivo fazer considerações sobre a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher entre o diagnóstico e a vida pós-cirúrgica, e verificar as consequências do adoecer a fim de contribuir de forma significativa para o bem-estar físico, social e psicológico da mesma. Para isso, aplicou-se uma entrevista individual, semiestruturada, em duas participantes que passaram por tal procedimento. Os resultados mostram que as repercussões psicológicas variam de acordo com a fase do adoecimento e da subjetividade de cada participante. Diante disso, faz-se necessário um acompanhamento e uma assistência prestada à paciente mastectomizada, a fim de minimizar os impactos ocasionados pela retirada da mama. Para tanto, a assistência deve ser voltada para a melhora da qualidade de vida em toda a sua amplitude. Assim, a mulher, nesse novo período, necessita de apoio emocional, profissional e familiar dentro de um entendimento que vai muito além da doença em si.

Palavras-chave: neoplasias da mama; mastectomia; psicologia.

ABSTRACT

Breast cancer, for its high incidence and mortality is one of the diseases that causes physical and psychological distress. If early detected, there are high chances of cure. However, most of the time, it is discovered in advanced stages, generating mutilating treatments women, such as radical or partial mastectomy. The effects of mutilation promotes not only physiological, but also psychological damages. Removing the breast due to a chronic disease causes the death of femininity, because the breast is the organ associated with pleasure and life, as well as a cultural and social symbolic power. Considering the symbolic representation of the breasts, this study aims to make considerations about the impact of mastectomy on the diagnosis woman's psyche surgical afterlife, and verify the consequences of illness in order to contribute significantly to the physical well-being, social and psychological of women. For this, we applied a semi-structured individual interviews with two participants who went through this procedure. The results show that psychological repercussions vary according to the stage of illness and subjectivity of each participant. Given this, it is necessary monitor and provide assistance to mastectomy patients in order to minimize the impacts caused by the removal of the breast. Therefore, assistance should be focused on improving quality of life in all its breadth. That said, the woman, in this new period, need emotional, professional an family support, within the understanding that goes far beyond the disease itself.

Keywords: breast neoplasms; mastectomy; psychology.

LISTA DE SIGLAS

INCA	Instituto Nacional do Câncer
UICC	União Internacional Contra o Câncer
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
PNCC	Programa Nacional de Controle do Câncer
PAISM	Programa de Assistência à Saúde da Mulher
PANAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SISMAMA	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1 CÂNCER: A PATOLOGIA DO SÉCULO	12
1.1 Câncer: significado e significante na história	13
1.2 Câncer de mama: quadro clínico e epidemiologia	14
1.3 Tratamentos.....	18
1.4 Mastectomia preventiva	23
1.5 Ações nacionais e o papel da mídia no controle do câncer de mama	23
2 CÂNCER DE MAMA E O PSIQUISMO	27
2.1 A doença e o psiquismo: uma perspectiva histórica	27
2.2 Psico-oncologia	29
2.3 Representações do seio	32
2.4 O câncer de mama além da dimensão corporal.....	35
2.5 Mastectomia: a parte da doença que não passa.....	36
2.6 Dor e sensações fantasma no pós-mastectomia	38
2.7 Câncer de mama: sentimentos e comportamentos	40
2.8 A família convivendo com a mulher/mãe mastectomizada	42
2.9 Sexualidade no pós-mastectomia	44
2.10 Reconstruindo um significante: a mama	46
2.11 Uso da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama	47
2.12 Câncer de mama e morte: temor do desconhecido.....	48
3 ANÁLISE QUALITATIVA DA ENTREVISTA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA.....	51
3.1 Apoio familiar e conjugal	52
3.2 Perdas e limitações.....	55
3.3 Relação médico-paciente em oncologia.....	56
3.4 Autopercepção após a mastectomia	58
3.5 Temor da recorrência	59
3.6 Mecanismos de enfrentamento.....	60
3.6.1 Fases da Kübler-Ross.....	61
3.6.2 <i>Cooping</i> espiritual como estratégia de enfrentamento	65
3.7 A presença da morte no psiquismo	66
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS	69

INTRODUÇÃO

Diante do crescimento da expectativa de vida da população brasileira, é inevitável o aumento do número de indivíduos acometidos por doenças crônicas. Nesse contexto, verifica-se que o câncer é uma das doenças crônicas que mais mata pessoas não só no Brasil, mas no mundo inteiro. Tendo em vista a importância dessa patologia no âmbito da saúde coletiva mundial, destaca-se no cenário brasileiro o câncer de mama, por ser o segundo tipo de neoplasia que mais causa óbitos, o que reforça o estudo dessa doença.

Diante de um câncer de mama detectado precocemente, há altas chances de cura. Porém, muitas vezes, ele é descoberto tardiamente, gerando tratamentos mutilantes à mulher, como a mastectomia parcial ou total da mama. A mulher diagnosticada com câncer de mama torna-se uma pessoa atingida em vários aspectos: físico, psicológico e social. Aceitar sua nova condição e adaptar-se à nova imagem de seu corpo exige um esforço grande, para o qual não estão preparadas.

A extração da mama em decorrência de uma enfermidade crônica possui uma conotação extremamente complexa para a mulher, pois o símbolo de feminilidade, sedução e maternidade fora amputado. As mudanças na sua vida englobam as esferas pessoal, profissional e familiar. Essas observações assistemáticas inspiraram e instigaram a construção deste trabalho científico, compreendendo a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher acometida pelo câncer de mama, do diagnóstico à vida pós-cirurgia.

Partindo dessas observações, este estudo buscou construir uma pesquisa que visa verificar as consequências do adoecer na vida da mulher mastectomizada, a fim de fornecer dados amostrais, com o propósito de contribuir para futuras intervenções psicológicas.

Foi realizada primeiramente uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados nacionais e algumas internacionais, permitindo a localização do que há de pesquisa sobre o assunto e a obtenção de material consubstanciado e atualizado, que pudesse embasar esta discussão. Essa primeira parte, permitiu a contextualização do câncer e mais especificamente do câncer de mama no Brasil. Logo após, realizou-se uma pesquisa qualitativa, utilizando uma entrevista semiestrutura, com duas participantes que passaram pelo procedimento de mastectomia. E finalmente, executou-se o tratamento dos dados colhidos.

O primeiro capítulo, “Câncer: a patologia do século”, aborda questões sobre essa patologia, tais como seu quadro clínico e epidemiológico, seus tratamentos e os modos preventivos. Apresenta ainda o significado e o significante no contexto histórico da palavra câncer.

Em seguida, o capítulo 2, “Câncer de mama e o psiquismo”, explana essa relação, conceituando a ligação entre corpo e mente em um contexto histórico. Depois de demonstrar que o psiquismo torna parte do adoecer, essa parte do estudo aborda algumas questões da psicologia hospitalar e sua interface, a psico-oncologia. Esse capítulo apresenta, ainda, o seio como símbolo de feminilidade e sexualidade e sua dimensão corporal. Ele discorre também sobre a mastectomia e as dores fantasmas decorrentes desse processo, além de ressaltar os sentimentos e comportamentos das mulheres mastectomizadas, suas relações familiares, conjugais e o papel da sexualidade na vida pós-cirúrgica. Em seguida, pontua a questão da reconstrução mamária, o uso da espiritualidade e o temor da morte.

Já o terceiro capítulo, “Análise qualitativa da entrevista: uma proposta de intervenção psicológica”, é composto pela análise dos dados. Apresentam-se os resultados, as discussões e os apontamentos levantados. Para isso, os dados foram categorizados em seis grupos: apoio familiar e conjugal; perdas e limitações; relação médico-paciente em oncologia; autopercepção após mastectomia; temor da recorrência; mecanismos de enfrentamentos e a presença da morte no psiquismo. As discussões e apontamentos levantados mostra que a vivência de cada mulher mastectomizada varia de acordo com a sua subjetividade e sua história de vida.

O capítulo 3 busca aportar elementos objetivos de análise e reflexão baseados no material obtido com a observação, despertando nos profissionais de saúde envolvidos um olhar ampliado no cuidado das pacientes afetadas por essa patologia. Dessa maneira, o estudo se propõe a contribuir para a compreensão dos rumos terapêuticos vivenciados atualmente nessa área da oncologia.

1 CÂNCER: A PATOLOGIA DO SÉCULO

O progressivo aumento de doenças crônicas e degenerativas no Brasil é evidente; atualmente, elas representam 60% das doenças no Brasil. Uma doença crônico-degenerativa incide na alteração do funcionamento de uma célula, tecido ou órgão. É assim chamada porque provoca a degeneração de todo o organismo, envolvendo vasos sanguíneos, tecidos, ossos, visão, órgãos internos e cérebro (SCHARAMM *et al.*, 2004).

A incidência de doenças crônicas é alarmante e preocupante na saúde pública brasileira e resulta em um grande impacto econômico causado não só pelos custos diretamente relacionados ao tratamento, mas também por aqueles derivados da diminuição da força laboral devido a óbitos, incapacidades e perda de produtividade (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Segundo Barros *et al.* (2006), as doenças crônicas são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora ou melhora sensível.

As doenças crônicas, como as neoplasias¹ malignas, estão relacionadas ao aumento da vida média, à queda da taxa de fecundidade, às modificações no estilo de vida e à maior exposição a determinados riscos ambientais. Tais fatores interferem diretamente no aparecimento de um maior número de neoplasias malignas, entre as quais se destaca o câncer, por ser a doença crônica que mais causa óbitos no cenário mundial (AZEVEDO *et al.*, 1993).

De acordo com o Ministério de Saúde (BRASIL, 2014a) e o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2015), câncer é o nome genérico dado a um conjunto de mais de cem doenças, as quais têm em comum o crescimento desordenado de células que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos, podendo espalhar-se para outras regiões do corpo.

Com o passar dos anos, há um desgaste natural das células do corpo, resultando em lesões ou outros processos que necessitam de uma substituição das células. Para garantir a reparação e manutenção dos tecidos, algumas células têm a capacidade de crescer e se dividir, desempenhando a multiplicação celular. Essa característica celular possui riscos, já que esse processo pode resultar em alterações estruturais (ARAÚJO, 2013). Araújo (2013) explica que uma dessas alterações se dá nos programas de crescimento celular, desencadeando o surgimento de grandes populações de células que não obedecem às regras de construções e manutenção de um tecido normal.

¹ Neoplasia é a proliferação anormal de um tecido; crescimento celular não controlado, com tendência para a autonomia e perpetuação, pode ser benigna ou maligna (GUYTON *et al.*, 1997).

As células cancerosas agem de forma anormal, multiplicam-se de maneira descontrolada, mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta. Têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que sustentam o crescimento descontrolado, mais conhecido como tumor maligno (SAMPAIO, 2006). Há também o tumor benigno, uma massa localizada de células que se multiplicam vagarosamente e se assemelham ao seu tecido original, raramente constituindo um risco à vida (CAPONERO, 2008).

O desenvolvimento de um tumor resulta justamente desse tipo de fenômeno, já que as células cancerosas encontram uma forma de contornar os mecanismos de controle e defesa do organismo (ARAÚJO, 2013).

Conforme Venâncio (2004), as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando interrelacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. Já as causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente determinadas e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações das células normais em malignas.

1.1 Câncer: significado e signifiante na história

A origem do nome câncer vem do grego *Karkinos* e do latim *Câncer*, ambos significando caranguejo, pela semelhança entre as veias ao redor do tumor externo e as pernas do crustáceo. Alguns acreditavam que o nome teria relação com o fato de a doença evoluir de modo semelhante ao movimento do animal (CHIATTONE, 1996).

De acordo com Silva e Santos (2008), o câncer é uma doença antiga e existem registros de sua presença desde os mais remotos anos da humanidade, por exemplo, na forma de um osteoma², na vértebra de um dinossauro, há 50 milhões de anos. Além disso, foram encontrados documentos na literatura hindu e persa, que demonstraram conhecimentos sobre a doença.

Os registros mais antigos do aparecimento do câncer são atribuídos a Hipócrates, que foi o primeiro a empregar o termo “câncer”, na Grécia Antiga, século V a. C. Entretanto, foi no segundo século da era Cristã, que o médico grego, Galeno, começou a pesquisar e

²Osteoma é um tumor benigno, formado por tecido ósseo, que pode acometer ossos ou músculos. É denso, por derivar do perióstio (GUYTON; HALL, 1997).

classificar os tumores de pele em malignos e benignos, e considera-los como um “mal incurável” (SILVA; SANTOS, 2008).

Ainda no século XIX e começo do século XX, o câncer era considerado pela ciência médica e pela sociedade, como uma doença cujo poder era maligno, exclusivo do mundo moderno e relacionado ao comportamento desordenado e à destruição do corpo, além de ser caracterizada como uma doença moralista e demoníaca. Por isso, as denominações utilizadas para se referir ao seu tratamento estavam associadas à linguagem militar como, por exemplo, “bombardeamento” ou “matar as células”. O nome não era pronunciado, a doença era tida como cruel, vergonhosa, sem nomeação e, quando muito, era chamada de coisa ruim. Dizer do câncer de alguém só era possível através da senha “aquela doença” (MARUYAMA *et al.*, 2006).

No século XX o câncer começa a ser reconhecido como uma doença capaz de ser controlada e também curada pela ciência. Entretanto, no meio social, seu estigma ainda esta presente. Quem recebe a notícia de estar com câncer é ainda visto como um sujeito portador de uma doença mortal (MARUYAMA *et al.*, 2006).

Muito se caminhou nesse sentido, mas apesar do progresso e da desmistificação de vários clichês, o câncer ainda amedronta, e o nome ainda continua, muitas vezes, impronunciável e “mal dito”.

Atualmente, a pronúncia da palavra câncer traz diferentes imagens e significados. Porém, persiste até hoje, na subjetividade das pessoas, a concepção de que o câncer é uma doença que se espalha ou uma doença de espírito. O significado da culpa também está presente nessas pessoas, pois ser portador dessa patologia tem sido relacionado a hábitos de vida não saudáveis e a comportamentos desvalorizados em nossa sociedade (MARUYAMA *et al.*, 2006).

As concepções sobre o câncer foram construídas historicamente pela sociedade, que, desde o momento dos primeiros diagnósticos, já atribuía o sentido de doença incurável, com uma grande significação social e cultural (SILVA; SANTOS, 2008).

1.2 Câncer de mama: quadro clínico e epidemiologia

As projeções do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b) apontam que o tipo de neoplasia maligna com mais incidência de óbito entre as mulheres brasileiras é o câncer de mama. Existem vários tipos de câncer de mama, alguns evoluem de forma rápida, outros de maneira mais branda. A maioria dos casos tem bom prognóstico. Os principais tipos são o

carcinoma ductal e o carcinoma lobular infiltrante. O primeiro é o tipo mais frequente, representando 80% dos casos. Ele origina nos ductos mamários e é um tumor sólido de limites imprecisos, endurecido, com áreas de necrose e hemorragia. O carcinoma lobular infiltrante é considerado o segundo tipo mais frequente de carcinoma mamário, representando em torno de 5% a 10% dos casos, com origem nos lóbulos responsáveis pelo leite materno (BRASIL, 2015).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2015), o câncer de mama desencadeia diversos sinais, o mais frequente é o aparecimento do nódulo que, em geral, é duro, indolor e irregular. No entanto, existem tumores globosos, bem definidos e com consistência branda. Outras manifestações do câncer incluem edema cutâneo semelhante a uma casca de laranja, dor, versão do mamilo e secreção papilar. A secreção ligada ao câncer, na maioria dos casos, é transparente, podendo ser rosada ou avermelhada pela presença de glóbulos vermelhos. Pode ocorrer também o aparecimento de linfonodos³ palpáveis na axila. Tais sintomas podem aparecer de maneira isolada ou simultaneamente à evolução da doença (BRASIL, 2015).

Os tumores podem ser diagnosticados em diferentes estágios, conforme a União Internacional Contra o Câncer (UICC). Essa avaliação tem como base a dimensão do tumor, a extensão dos linfonodos e a presença ou não de metástases⁴. Após a avaliação, os casos são classificados em estágios que variam de I a IV graus, conforme sua gravidade (CAMARGO, 2000). Segundo Camargo (2000), o estágio zero significa que as células do câncer estão presentes ao longo da estrutura de um lóbulo ou um ducto⁵, mas não se espalharam para o tecido gorduroso vizinho. É chamado carcinoma *in situ*, por ser um câncer não invasivo.

Nos estágios I e II, o câncer expandiu-se dos lóbulos ou ductos para o tecido próximo à mama. No estágio I, o tumor invasivo é pequeno, menor que 2 cm de diâmetro, e não se espalhou pelos linfonodos. No estágio II, o tumor tem de 2 a 5 centímetros, mas não atinge linfonodos axilares. No estágio III, está localmente avançado, podendo ter mais que 5 cm de diâmetro ou ter se espalhado para os linfonodos e outros tecidos próximos à mama. No estágio IV, o câncer é metastático, o tumor espalhou-se para outros locais do corpo como ossos, pulmões, fígado, rins, intestinos, cérebro (CAMARGO, 2000).

³ Linfonodos são elementos de defesa do organismo e produzem glóbulos brancos. Estão interpostos no trajeto dos vasos linfáticos e agem como uma barreira ou filtro contra a penetração na corrente circulatória de micro-organismos, toxinas ou substâncias estranhas ao organismo (DÂNGELO, 2003).

⁴ Metástase é o aparecimento de um foco secundário, à distância, no curso da evolução de um tumor maligno. Entram na corrente sanguínea e no sistema linfático disseminando-se rapidamente (GUYTON, 1997).

⁵ Ducto é uma estrutura tubular, com paredes bem delimitadas, que dá passagem, de acordo com um aparelho. O ducto presente na mama é composto por glândulas mamárias (DÂNGELO, 2003).

O aumento da incidência e da mortalidade da doença evidencia a necessidade de considerar o câncer de mama como um problema a ser abordado por políticas públicas de saúde, uma vez que muitas mortes podem ser evitadas com a detecção precoce e o tratamento adequado (BRASIL, 2015). A taxa de mortalidade mundial em 2012 foi de 12 óbitos a cada 100 mil mulheres. No cenário brasileiro, as regiões Sudeste e Sul são responsáveis pelas maiores taxas, 13,61 e 13,42 óbitos a cada 100 mil mulheres, respectivamente. Esses números evidenciam que a taxa de mortalidade do Brasil está superior à taxa de mortalidade mundial (INCA, 2014). Já a taxa de sobrevivência, após cinco anos, nos países desenvolvidos é de aproximadamente 85% e nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a sobrevivência está em torno de 60% (BRASIL, 2015).

Os fatores de riscos associados ao câncer de mama são diversos. A idade ainda representa o principal deles, observa-se que o câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos. Acima dessa faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente. A Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 1960 e 1970, registrou um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (BRASIL, 2015). Outros fatores de riscos estão relacionados à vida reprodutiva da mulher como a menstruação precoce, primeira gestação acima de trinta anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal (BRASIL, 2004).

Os hábitos de vida também contribuem para tal incidência. Conforme afirma Santos, “os hábitos de vida que contribuem para o sobrepeso corporal, obesidade e sedentarismo relacionados ao processo de urbanização da sociedade e melhores condições econômicas também constituem um fator de risco para o desenvolvimento de um câncer de mama” (SANTOS, 2012, p. 31).

De acordo com o INCA (BRASIL, 2014), manter o peso corporal adequado, praticar atividades físicas e evitar o consumo de bebidas alcoólicas são alternativas que previnem e diminuem a incidência do câncer de mama. O ato de amamentar também é considerado um fator de proteção. Estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco de a mulher desenvolver câncer de mama.

A sobrevivência das pacientes está relacionada com a detecção precoce do câncer de mama. Em função disso, campanhas que estimulam o autoexame periódico são veiculadas frequentemente nos meios de comunicações. Sabe-se que até 90% dos casos dessa patologia no Brasil são inicialmente identificadas pelas próprias pacientes através do autoexame das

mamas (GERALDINI; MOURA, 2013). O autoexame pode ser realizado sempre que a mulher sentir-se confortável, sem qualquer recomendação específica para sua execução (BRASIL, 2015).

Na descoberta de qualquer modificação na mama é aconselhado procurar o serviço de saúde para a realização de exames diagnósticos. Esses exames são: a ultrassonografia, que avalia a forma e a consistência das mamas, ajudando a diferenciar os nódulos sólidos dos cistos, e a ressonância nuclear magnética, que utiliza um campo magnético para produção de imagens do corpo humano, sem a utilização de radiação (INCA, 2014).

Outra modalidade de detecção é o exame clínico das mamas, que pode ser feito por um profissional de saúde treinado, e seu rastreamento realizado pelo mamógrafo, que pode detectar tumores superficiais a partir de um centímetro (CAMARGO, 2000). No Brasil o único método capaz de detectar precocemente os tumores malignos com poucos milímetros e ainda não palpáveis é a mamografia, sendo um dos métodos mais usados como forma de prevenção e diagnóstico (SILVA, 2013).

A mamografia como método de prevenção deve ser realizada na faixa etária de 35 a 40 anos de idade e repetida entre 40 a 49 anos para comparação. A partir dos 50 anos, ela deve ser realizada no intervalo de um ano (SILVA, 2013). Tal procedimento trata-se de um exame radiográfico das mamas, que gera imagens capazes de apontar alterações. Uma vez detectadas, é necessário realizar exames citológico⁶ e anatomopatológico⁷, com a coleta de material para biópsia (ARAÚJO, 2013). A biópsia é a única técnica capaz de confirmar o diagnóstico do câncer de mama. A técnica consiste na retirada de um pedaço do nódulo suspeito ou do nódulo inteiro por meio de uma pequena cirurgia ou de pulsões (BRASIL, 2014).

O autoexame das mamas, o exame clínico e a mamografia possibilitam a identificação de eventuais tumores em uma etapa anterior ao surgimento dos sintomas, contribuindo para um tratamento adequado, sem requerer uma intervenção cirúrgica agressiva para o corpo feminino (SANTOS, 2012).

⁶ Citológico é referente à citologia, ciência que estuda a estrutura, a composição e a fisiologia das células (GUYTON; HALL, 1997).

⁷ Anatomopatológico é referente à anatomopatologia, ciência que estuda amostra de tecidos e órgãos retirados de pacientes para diagnósticos ou para estabelecer o estadiamento de tumores (GUYTON; HALL, 1997).

1.3 Tratamentos

Existem vários tratamentos disponíveis contra o câncer. Suas opções vão depender de alguns fatores como, por exemplo, o tipo e o estágio do câncer, saúde geral e as preferências da paciente. É um tratamento individualizado, sendo importante observar as necessidades e possibilidades terapêuticas que cada paciente apresenta (INCA, 2014). Atualmente, o tratamento do câncer pode ser feito por meio de radioterapia, quimioterapia, transplante de medula óssea, hormonioterapia, cirurgia e cuidados paliativos. Em muitos casos, é necessário combinar mais de uma modalidade.

A radioterapia utiliza radiações para destruir um tumor ou impedir que suas células aumentem, pode ser aplicada concomitantemente a outra intervenção terapêutica (BRASIL, 2004). Sua finalidade é conseguir uma dose de radiação precisa em um volume tumoral definido com o mínimo de dano possível aos tecidos normais, para resultar na irradiação do tumor, boa qualidade de vida e consequente aumento das taxas de sobrevida. Além de seu intuito curativo, ela desempenha importante papel na palição e prevenção de sintomas de progressão da doença, proporcionando alívio da dor, restauração de patência luminal, da integridade óssea e da função de um órgão (BRASIL, 2004).

Essas radiações não são vistas e, durante a aplicação, o paciente não sente nada. Entretanto, depois, apresentam alguns efeitos colaterais significativos como reações na pele, fadiga, vômitos, infertilidade, anemia, interrupção dos ciclos menstruais, entre outros (SAMPAIO, 2006).

A radioterapia no câncer de mama é empregada com a finalidade curativa em várias possibilidades de terapêutica. Na fase pré-operatória, o uso da radioterapia visa à diminuição do volume tumoral, esterilização de células e melhores condições cirúrgicas. Ela é indicada em todas as situações em que haja tumor acima de 5 cm de diâmetro, quando localizado em quadrantes internos ou em situação de nódulos linfáticos comprometidos. Na fase pós-operatória, a radioterapia é indicada para tratamentos loco-regionais contra tumores de mama fixo na parede costal, visando à diminuição do volume tumoral, ou quando a área operada não satisfaz os princípios oncológicos de radicalidade cirúrgica pelas limitações anatômicas e funcionais próprias do local (LEDERMAN, 1987).

A quimioterapia é outra intervenção terapêutica, na qual o paciente recebe substâncias químicas que são chamadas de quimioterápicos. São aplicados, normalmente por via endovenosa, podendo também ser dados por via oral, intramuscular, subcutânea e tópica. Uma vez administrados ou ingeridos, a corrente sanguínea distribui a medicação por todo o

corpo. A ação e o efeito dos quimioterápicos acontecem em todo o organismo. Sendo assim, esses remédios podem atacar células que tenham se separado do tumor inicial, formando metástases em algum outro órgão distante (SAMPAIO, 2006).

Os quimioterápicos tratam o tumor interferindo na função das suas células. Mas ao mesmo tempo em que matam as células cancerosas, eles também podem interferir no funcionamento de células normais. Os efeitos que resultam da ação dos quimioterápicos nos tecidos normais originam os chamados efeitos colaterais. Os mais conhecidos são: náuseas, vômitos, queda do cabelo e diminuição das defesas sanguíneas. Esses efeitos são temporários e desaparecem com a recuperação dos tecidos normais, permanecendo por dias ou semanas (BRASIL, 2014).

Segundo Caponero (2008), as doses dos quimioterápicos são o ponto mais crítico do tratamento, pois se forem administradas em doses baixas, esses serão ineficazes, e doses excessivas levam a eventos adversos que podem ser intoleráveis e danosos aos pacientes. O sucesso do tratamento quimioterápico depende, então, do delicado equilíbrio entre eficácia e toxicidade. Os efeitos colaterais da quimioterapia variam entre os pacientes, uma vez que eles estão diretamente relacionados não só às condições clínicas de cada paciente, mas também aos medicamentos utilizados (BRASIL, 2015).

A quimioterapia pode ser usada para tratar qualquer estágio de câncer de mama, incluindo os recorrentes que surgem nas mamas pela segunda vez e metastáticos que atacam outras partes do corpo. Quando iniciada após a cirurgia, a quimioterapia é chamada de adjuvante, pois complementa o tratamento principal que é a cirurgia. Pode ser também chamada de neoadjuvante, quando é administrada antes da cirurgia, com o objetivo de reduzir a massa tumoral. A redução do tumor pela quimioterapia prévia permite um procedimento cirúrgico mais eficaz com melhores resultados (CAPONERO, 2008).

Outro tratamento do câncer é o transplante de medula óssea, que consiste na substituição de uma medula doente, ou deficitária, por células normais de medula óssea, com o objetivo de reconstituição (BRASIL, 2015). O transplante pode ser chamado de autogênico, quando a medula vem do próprio paciente, ou de alogênico, quando a medula vem de outro doador. O transplante também pode ser feito a partir de células precursoras de medula óssea, obtidas do sangue circulante de um doador ou do sangue do cordão umbilical (BRASIL, 2015).

Dentre todas as terapêuticas de tratamento do câncer, o transplante de medula óssea não é utilizado para o tratamento do de mama, por ser empregado apenas para doenças

que afetam as células do sangue como, por exemplo, leucemias, linfomas, anemias graves, entre outras (BRASIL, 2015).

A hormonioterapia é outra modalidade terapêutica para o câncer, consiste na manipulação do sistema endócrino. Esse procedimento é estabelecido para o tratamento de algumas neoplasias malignas. Inicialmente foi utilizada no tratamento do câncer de mama, sendo subsequentemente aplicada a outros tumores que mostravam hormoniossensibilidade incontestável, como os carcinomas do endométrio, de próstata e os tumores tireoidianos (BRASIL, 2015). Conforme Abreu e Koifman (2002), a hormonioterapia tem como objetivo reduzir o risco de recidiva do câncer, diminuir o volume tumoral a ponto de se tornarem operáveis e prevenir o aparecimento do câncer de mama em paciente com alto risco genético.

Os efeitos colaterais da hormonoterapia são: sudorese noturna, secura vaginal, alterações de humor, sangramento vaginal, trombose venosa e perda de massa óssea e muscular. Apesar desses efeitos colaterais, o tratamento com hormônios é aceito pela maioria das pacientes, devido ao grau de eficácia para conter o crescimento tumoral, sendo uma das terapias mais empregadas e aceitas no tratamento do câncer de mama (ABREU; KOIFMAN, 2002).

Dentre todas as terapêuticas supracitadas para o tratamento do câncer, destaca-se a cirurgia, por ser a mais antiga modalidade de tratamento e, além disso, é considerada como um dos procedimentos mais eficazes. Ela consiste em extirpação do tumor benigno ou maligno com a finalidade de tratamento ou de diagnóstico. A principal ideia diante de um câncer é a sua eliminação por completo, e a cirurgia sempre tentará remover os tumores a fim de alcançar as melhores chances para um bom prognóstico (PERDICARES, 2008). No contexto oncológico, a intervenção cirúrgica mais utilizada é a mastectomia, técnica aplicada exclusivamente para o câncer de mama (PERDICARES, 2008).

Durante décadas, a mastectomia foi um procedimento cirúrgico dominante. Esse tipo de cirurgia foi desenvolvido e implementado por William Stewart Halsted, em 1882, e era conhecido por mastectomia radical ou mastectomia radical de Halsted. Consistia na remoção total da mama, bem como dos músculos peitorais, da pele e dos gânglios linfáticos axilares (KEPPKE, 1987).

Apesar do seu sucesso terapêutico, a mastectomia radical era uma cirurgia muito extensa, encontrando-se associada a um risco elevado de linfedema⁸ e a inúmeros outros efeitos secundários tais como a deformação do peito e do ombro. Desse modo, ao longo do

⁸ Linfedema é um acúmulo anormal de linfa nos tecidos, o qual acomete os membros inferiores e é causado pela obstrução ou destruição dos vasos linfáticos (GUYTON; HALL, 1997).

tempo foi se desenvolvendo técnicas cirúrgicas que preservassem os músculos peitorais, os gânglios⁹ linfáticos e a própria mama (CAMARGO, 2000).

No início da década de 1930, Patey, médico do hospital de Londres, introduziu um tipo de mastectomia menos extensa que ficou conhecida como mastectomia radical modificada ou mastectomia de Patey. Sua diferença em relação à anterior era não remover o músculo do grande peitoral, embora consistisse, igualmente, na remoção total da mama, dos gânglios linfáticos axilares, da pele e dos músculos do pequeno peitoral (MOREIRA *et al.*, 2012).

No final dos anos 1950, evidenciou-se uma mudança na perspectiva do tratamento cirúrgico; pesquisas realizadas por Fisher, mas publicadas somente em 1985, constataram que a mastectomia radical ou de Haltead tinha apenas um interesse histórico, não sendo um procedimento cirúrgico adequado (MOREIRA; CANAVARRO, 2012).

Atualmente os procedimentos cirúrgicos mais comuns consistem na mastectomia total e na cirurgia conservadora da mama seguida de radioterapia. A cirurgia conservadora é considerada uma técnica cirúrgica alternativa à mastectomia na maioria das pacientes com carcinomas ductais *in situ* e com carcinomas invasores em estados iniciais (CAMARGO, 2000).

Além dos aspectos ligados à situação clínica, um fator importante na escolha da cirurgia passa, evidentemente, pela preferência da paciente. Se para algumas mulheres é preferível conservar sua mama e realizar radioterapia, para outras, a mastectomia é a melhor alternativa, por variadas razões, tais como o fato de não ser necessário realizar radioterapia pós-operatório ou pelo medo de uma recidiva (MOREIRA; CANAVARRO, 2012).

Segundo Camargo (2000), algumas complicações da mastectomia podem ser decorrentes do tratamento cirúrgico, tais como infecção, hemorragia, hematomas, necrose parcial, atrofia da pele e deformidade da mama. As deformidades criadas pelas mastectomias podem variar desde a ausência do cone mamário até a ausência do pilar da axila, isso dependerá do tipo de cirurgia que a paciente realizará (VIEIRA, 1987).

Devido a essas deformidades, nos últimos anos, vem crescendo o interesse pela reconstrução mamária pós-mastectomia, principalmente pela modificação do posicionamento cirúrgico ortodoxo em relação ao câncer de mama. Novas técnicas, antes totalmente desconhecidas e não imaginadas no campo das reconstruções, foram descobertas, resultando

⁹ Gânglios são os acúmulos de corpos celulares de neurônios fora do Sistema Nervoso Central, que se apresentam, geralmente, como uma dilatação (DÂNGELO, 2003).

na diminuição das complicações e no desenvolvimento de múltiplos procedimentos reconstrutivos (KEPPKE, 1987).

Quando o diagnóstico é tardio e há presença de metástase, o tratamento normalmente é o “cuidado paliativo”, um conceito definido em 1990 e atualizado em 2002, cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida do paciente e de seus familiares diante da doença que ameaça a vida. Esse tratamento acontece por meio da prevenção do sofrimento, alívio e tratamento da dor e dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (BRASIL, 2014).

Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, os “cuidados paliativos” devem ser eminentemente ativos, principalmente em mulheres com câncer de mama em estágio avançado. Considerando a magnitude dos sintomas físicos, emocionais e psicológicos que aumentam no paciente com doença terminal, faz-se necessária a adoção precoce de condutas terapêuticas, respeitando-se os limites do próprio paciente frente à sua situação de incurabilidade. Os “cuidados paliativos” visam às condições necessárias para o melhor atendimento e manejo desses sintomas estressantes, tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença, usualmente diminuem a ansiedade dos pacientes e familiares (BRASIL, 2015). De acordo com o INCA (BRASIL, 2015), o tratamento de “cuidados paliativos” no câncer de mama segue princípios éticos baseados no respeito e na autonomia do paciente:

No câncer de mama a abordagem cuidados paliativos tem como objetivo fornecer alívio para dor e outros sintomas estressantes como astenia, anorexia, dispnéia e outras emergências oncológicas; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente, em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto (BRASIL, 2015, p. 19).

Tais modalidades de tratamento são significativas e eficazes, muitas vezes controlam a metástase. Entretanto, ainda não existe um tratamento totalmente satisfatório para combater o câncer. Assim, torna-se necessária a combinação de mais de um tipo de terapêutica para oferecer uma melhor qualidade de vida, o que modificaria, ainda que lentamente, o paradigma de “incurável” para “recuperável” (SAMPAIO, 2006).

1.4 Mastectomia preventiva

Algumas mulheres predispostas a desenvolverem o câncer de mama ou com histórico familiar, ao serem consideradas como grupo de risco, procuram médicos na tentativa de realizar um possível diagnóstico precoce ou para evitar um desenvolvimento do carcinoma (MONTEIRO *et al.*, 2011).

A mastectomia preventiva é uma opção para prevenir o câncer de mama em mulheres com alto risco para a doença, mas sua efetividade não está bem determinada pelo fato de ainda ficar parte do tecido mamário como pele, auréola e mamilo. Ela consiste na retirada da glândula mamária e dos ductos mamários, locais em que pode acontecer a formação de um tumor. Com a retirada do interior da mama, os riscos de câncer reduzem em até 90%. A retirada das duas mamas como forma de prevenção é uma decisão pessoal, em virtude de haver complicações cirúrgicas e problemas psicológicos, embora seja altamente protetora (MONTEIRO *et al.*, 2011).

Segundo Monteiro *et al.* (2011), a maioria das mulheres mastectomizadas preventivamente não apresentam mudanças significativas em relação à autoestima, satisfação com a aparência, sensação de feminilidade e instabilidade emocional, diferentemente da mastectomia radical ou parcial, usada quando já se instala o câncer de mama. Nesse caso, as mulheres já se encontram previamente fragilizadas pelo risco vigente de morrer em virtude da doença.

A mastectomia, quando preventiva, alivia a mulher, pois é uma conduta menos invasiva do que a cirurgia para retirada do tumor. Ela gera menos angústia e, havendo a reconstrução imediata, provavelmente terá um efeito estético aceitável, uma vez que a mulher aceitara o novo seio como forma de fuga da doença que a amedronta (BRANDBERG *et al.*, 2007).

A mastectomia preventiva é um assunto polêmico no meio acadêmico. Ainda são necessários mais estudos que consolidem os resultados já obtidos para que se torne uma das opções nas diretrizes do tratamento do câncer de mama (GANZ *et al.*, 1992).

1.5 Ações nacionais e o papel da mídia no controle do câncer de mama

A comunicação em saúde pública tem um papel primordial na sociedade brasileira, principalmente na área do câncer. É o principal veículo de informação, agente esclarecedor e é capaz de explorar e transmitir mensagens às mais diversas classes sociais. Ela

realiza um trabalho de conscientização da população sobre a importância da prevenção, do diagnóstico, dos fatores de riscos e dos modos de tratamento (CASTRO, 2009).

Castro (2009) ressalta que a imprensa, ao divulgar o tema câncer de mama, está dando uma importante contribuição para modificar a curva da doença no país. Ele afirma que atualmente o tema tem sido abordado de maneira mais equilibrada, sem cunho sensacionalista, com enfoque mais científico.

As ações nacionais de políticas públicas para o controle do câncer tiveram início na década de 1970, de forma restrita, com tratamentos e cirurgias realizadas pela medicina previdenciária. Em 1973 criou-se o Programa Nacional de Controle do Câncer (PNCC), direcionado para o câncer de mama, por meio de ações que visavam à prevenção e à oferta da mamografia (INCA, 2014).

Em 1984 foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência à Saúde da Mulher (PAISM), que postulava um cuidado mais amplo à população feminina e incluía ações educativas para detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2014).

Oficializado em 1987, pelo Ministério da Saúde, o Programa Pró-Onco, visava à ampliação da informação e a prevenção dos cânceres femininos, contemplando o câncer de mama e seus meios de detecção. No ano seguinte, aconteceu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual havia ações de controle que se tornaram abrangentes e de âmbito nacional (INCA, 2014).

No início dos anos de 1990, foi lançado o Programa Viva Mulher, uma ação nacional organizada para o controle dos cânceres do colo de útero e da mama. Elaborou-se de 2000 a 2003 materiais educativos sobre câncer de mama para profissionais de saúde, com intuito de melhores esclarecimentos. Em 2004 ocorreu a publicação do documento de consenso com diretrizes para o controle de câncer de mama, e o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PANAISM), que reforçava os princípios do PAISM (INCA, 2014).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, que destacava o controle do câncer de mama como componente fundamental e obrigatório dos planos estaduais e municipais de saúde foi criada em 2005. E no ano seguinte, foi lançado o Pacto pela Saúde, que enfatizava a importância da detecção precoce do câncer de mama como uma das prioridades nacionais do Pacto em Defesa da Vida (INCA, 2014).

No ano de 2009 foi implementado o sistema de informação do controle do câncer de mama (Sismama), ferramenta gerencial das ações de controle da patologia. Em 2010 e 2011 criaram-se as recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no

Brasil, abrangendo ações desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos (INCA, 2014). Também em 2011 foi lançado o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, que enfatizava as ações de controle do câncer de mama. Já no ano de 2012, foi instituído o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia, com a utilização de cartazes, *folders*, rádio e vídeos, para reforço do diagnóstico precoce e das recomendações para o rastreamento mamográfico (INCA, 2014).

De acordo com o INCA (2014), o ano de 2013 foi marcado pela mudança do Sistema de Informação do Câncer (Siscan), que passou a se chamar Sistema de Informação do Controle do Câncer de mama (Sismama) e pelo lançamento da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer, que atualizava a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Deve-se ressaltar que as ações nacionais acima descritas ainda são prestadas pelos órgãos competentes, sendo observados avanços e melhorias nos programas e movimentos na área oncológica.

Uma ação que se destaca é a campanha Outubro Rosa, por ser de repercussão internacional na mídia devido à sua mobilização social frente ao câncer de mama. O movimento nasceu na última década do século XX, para estimular a participação da população na luta contra o câncer de mama. O laço cor-de-rosa foi lançado pela Fundação *Susan G. Komen for the Cure* e distribuído na cidade de Nova York em 1990, aos participantes na primeira corrida pela cura do câncer de mama (INCA, 2014).

O Outubro Rosa divulga informações gerais sobre câncer de mama, promove o conhecimento e estimula a postura de atenção das mulheres em relação às suas mamas e à necessidade de investigação oportuna das alterações suspeitas como estratégia de conscientização, além de informar sobre as recomendações nacionais para o rastreamento mamográfico (BRASIL, 2015).

Desde 2010, o INCA participa do movimento Outubro Rosa, promovendo espaços de discussões sobre o controle do câncer de mama, divulgando e disponibilizando materiais informativos tanto para os profissionais de saúde quanto para a sociedade. No ano de 2015, a campanha do INCA no Outubro Rosa teve como objetivo fortalecer o diagnóstico precoce e o rastreamento de câncer de mama, desmistificando crenças em relação à doença e às formas de redução de risco e de detecção precoce (BRASIL, 2015).

Não só o INCA participa dessa ação, mas toda a sociedade está se mobilizando através de atividades como corridas e caminhadas; bailes beneficentes; desfiles de moda; laços cor-de-rosas nos locais públicos; iluminações de monumentos; distribuição de broches

com o símbolo da campanha; vídeos e palestras de conscientização, além da mobilização nas redes sociais e exames preventivos e mamográficos gratuitos (BRASIL, 2015).

Percebe-se que as políticas públicas brasileiras disponibilizam de informações e ações junto à mídia. Entretanto, é importante ressaltar que todas as ações supracitadas podem ser aperfeiçoadas com o propósito de atingir um maior número de mulheres de diferentes classes sociais, a fim de promover a prevenção e o conhecimento acerca da doença.

2 CÂNCER DE MAMA E O PSIQUISMO

O presente capítulo contextualiza o psiquismo e a relação com o câncer de mama. Primeiramente busca uma reflexão sobre a dicotomia mente e corpo na antiguidade, para verificar quando a psicologia foi inserida no contexto do adoecer. A partir da consideração dos aspectos psicológicos e das manifestações da subjetividade diante da doença, a psicologia hospitalar insere-se nesse contexto, contribuindo com seus saberes, dando origem a sua interface: Psico-oncologia, área sistematizada do conhecimento, que atua com técnica de intervenções voltadas para o bem-estar físico, psicológico e social (SIMONETTI, 2011).

Diante do contexto da importância da Psico-oncologia no diagnóstico do câncer de mama, torna-se necessário realizar um percurso na literatura para compreender os significados e significantes envolvidos nessa patologia. Para isso, procurou-se verificar o lugar que o seio ocupou na sociedade desde a pré-história até os dias atuais. Evidenciou-se sua representação na mitologia egípcia, em lendas, em esculturas, no âmbito religioso e atualmente como símbolo de protesto (INCA, 2014).

Devido à representação simbólica da palavra seio, pode-se perceber que na ciência médica tal terminologia não é usada, sendo substituída pela palavra mama, que neutraliza o simbolismo sexual. O seio representa a feminilidade e sexualidade, e quando a mulher é submetida à realização de uma mastectomia, sofre um abalo na imagem corporal (AURELIANO, 2009). A repercussão dessa perda representa um momento de estresse não só para a paciente, mas para a família e suas relações sociais.

2.1 A doença e o psiquismo: uma perspectiva histórica

São recentes as investigações desempenhadas em relação aos fatores psicossociais do câncer, diferentemente do que acontecia no passado, quando o diagnóstico do câncer era tratado de forma numérica, com contagem de sobreviventes, tempo de sobrevida e tipos de tratamento disponíveis (SILVA; BERVIQUE, 2005).

Os filósofos gregos, nos anos 500 e 300 a. C., já apresentavam as primeiras ideias escritas a respeito da saúde e da doença. Para eles, a mente e o corpo deveriam ser compreendidos como entidades separadas, considerando que a mente não tinha relação com o corpo e este não afetaria a condição emocional da pessoa (VEIT; CARVALHO, 2008). Conforme Silva e Bervique (2005), durante a Idade Média, a Igreja exercia enorme influência sobre os entendimentos de saúde-doença, compreendia o estado doentio como uma punição

divina. A dicotomia mente-corpo permaneceu inabalável tanto durante a Idade Média quanto durante o Renascimento.

Nos séculos XVIII e XIX, o conhecimento médico e científico cresceu rapidamente devido ao desenvolvimento da ciência. O avanço da área médica, associado à crença da época, contribuiu para o surgimento de um novo modelo que forneceu bases para a conceitualização de saúde e doença, esse conhecido como biomédico (VEIT; CARVALHO, 2008). Silva e Bervique (2005) lembram que o modelo biomédico foi significativo para a época, representando um progresso no conceito saúde e doença, porém era questionado:

O modelo biomédico representou um avanço enorme na forma de conceituar saúde e doença, entretanto, com a mudança ocorrida no padrão predominante da doença, esse modelo passou a ser questionado. Houve um grande progresso no sentido de compreender as causas de doenças crônicas, essas investigadas quanto aos diversos fatores relacionados a características psicológicas e sociais da pessoa (SILVA; BERVIQUE, 2005, p. 04).

No início do século XX, a psicologia é introduzida no contexto de saúde através de Sigmund Freud, em seu trabalho sobre histeria de conversão, no texto “Estudo sobre Histeria” (1893-1895). Freud¹⁰ (1893-1895 *apud* SILVA; BERVIQUE, 2005) assinala o fato de que diversos pacientes apresentavam sintomas de doenças físicas sem nenhuma causa orgânica, o que chamou a atenção de médicos e pesquisadores para o estudo da interação entre processos emocionais e corporais.

Emerge, assim, o reconhecimento de que as características peculiares de cada paciente, bem como seus processos biológicos precisavam ser incluídos e considerados para atingirem um conceito preciso de saúde e doença. O modelo biopsicossocial surge como uma alternativa teórica ao modelo biomédico, com três campos de atuações principais: medicina psicossomática, medicina comportamental e psicologia da saúde (VEIT; CARVALHO, 2008). O papel da Psicologia torna-se importante no sentido de fornecer subsídios para a compreensão da relação entre estilos de vida, características de personalidade e etiologia de doenças crônicas, em particular o câncer (SILVA; BERVIQUE, 2005). Ela entra nesse contexto contribuindo através da psicologia hospitalar, atuação que vem sendo cada dia mais reconhecida e respeitada. É um campo de entendimento e tratamento dos aspectos psicológicos em torno do adoecimento visando à minimização do sofrimento provocado pela hospitalização (ANGERAMI-CAMON, 2010).

¹⁰ FREUD, Sigmund. (1893-1885). A psicoterapia da histeria. In: **Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. v. II, Rio de Janeiro: Imago, 1996.

De acordo com Simonetti (2011), toda doença apresenta aspectos psíquicos e, por isso, encontra-se repleta de subjetividade, beneficiando-se, assim, do trabalho da psicologia hospitalar:

A psicologia hospitalar enfatiza a parte psíquica, mas não diz que a outra parte não é importante, pelo contrário, perguntará sempre qual a reação psíquica diante dessa realidade orgânica, qual a posição do sujeito diante desse real da doença, e disso fará seu material de trabalho (SIMONETTI, 2011, p. 19).

O psicólogo hospitalar oferta sua escuta para que o sujeito adoentado possa falar de si, da doença, da vida, da morte, do que pensa, do que sente, do que teme, do que deseja, do que quiser falar. A Psicologia tende a dar voz à subjetividade do paciente, resgatando-lhe o lugar de sujeito que a medicina lhe afasta (MORETTO, 2001). O objeto de trabalho do psicólogo no âmbito hospitalar não é só a dor do paciente, mas também a angústia declarada da família, a angústia disfarçada da equipe e a angústia geralmente negada dos médicos (SIMONETTI, 2011).

Na psicologia hospitalar há um espaço grande a ser conquistado e respeitado. Entretanto, é uma ciência muito jovem, que tem alcançado, nas últimas décadas, um desenvolvimento expressivo tanto no campo da pesquisa clínica quanto na participação em equipes multidisciplinar. O psicólogo busca o lugar do não dito, da escuta atenta, da possibilidade de dar voz ao paciente e seu sofrimento, colocando-se, assim, na posição de mediador e catalisador das relações interpessoais no contexto hospitalar (KNOBEL, 2008).

2.2 Psico-oncologia

A oncologia e a psicologia são áreas de conhecimento tradicionais e estruturadas, a interface delas é a psico-oncologia, termo formado por: psico (*psique* = mente), onco (*ogkos*= tumor) e logia (conhecimento, estudo) (SILVA; BERVIQUE, 2005).

Após Sigmund Freud ter atentado para a questão do psiquismo nas causas orgânicas, Lawrence Leshan - psicólogo humanista, americano, da década de 1920 - atenta para tais questões na patologia do câncer e descobre que o emocional desempenha importante papel para o aparecimento dessa doença (LESHAN¹¹, 1992 *apud* TEIXEIRA; PIRES, 2010).

A proposta de Leshan visa à individualidade, pois os sujeitos teriam necessidades diferenciadas e, portanto, demandariam tratamentos personalizados. Leshan trabalhava enfatizando o que paciente tem de melhor, sua preocupação foi conduzir pessoas a encontrar

¹¹ LESHAN, Lawrence. **O câncer como ponto de mutação**. São Paulo: Summus, 1992.

novas e eficientes maneiras de lutarem por suas vidas (LESHAN, 1992 *apud* TEIXEIRA; PIRES, 2010). Até hoje a psico-oncologia leva as proposta e ideais do seu pioneiro, dando assistência na prevenção, no tratamento, na reabilitação e na fase terminal junto aos pacientes oncológicos, sua família e os profissionais de saúde envolvidos.

Gimenes (2003) e Sampaio (2006) ressaltam que a psico-oncologia começa a surgir como área sistematizada de conhecimento a partir do momento em que a comunidade científica passa a reconhecer que tanto o aparecimento quanto a manutenção e a remissão do câncer são intermediados por uma série de fatores, de cuja natureza extrapola condições apenas de aspectos biomédicos.

A psico-oncologia abarca a pesquisa e o estudo das variáveis psicológicas e sociais relevantes para a compreensão da incidência, da recuperação e do tempo de sobrevida após o diagnóstico do câncer. Ela contribui também na organização de serviços de oncologia que visem ao atendimento integral do paciente, dando suporte à formação e ao aprimoramento dos profissionais de saúde envolvidos nas diferentes etapas do tratamento (GIMENES, 2003).

As intervenções psicológicas, no contexto da psico-oncologia, visam à observação de questões relativas a atitudes e comportamentos que são prejudiciais à saúde do paciente, ajudando-o a perceber a necessidade de uma reorganização que possibilite uma vida mais saudável e satisfatória (SILVA; BERVIQUE, 2005).

Além de observar os comportamentos e atitudes que podem ser prejudiciais para o próprio paciente, as possibilidades de atuação do profissional na psico-oncologia são muitas. Entre elas, destacam-se quatro níveis:

- 1 - Intervenção em nível primário: atua nos estilos de vida do paciente, no seu estresse diário e no comportamento alimentar. Educa a população a reconhecer e lidar com situações conflitantes, como morte e velhice. Promove o reconhecimento da importância de políticas econômicas, sociais, psicológicas e educacionais no estilo de vida da população.
- 2 - A intervenção em nível secundário: visa à educação para a detecção do câncer. Informa a população sobre os procedimentos preventivos com divulgação dos hábitos periódicos de detecção precoce, além de promover análises de fatores psicológicos e sociais responsáveis pela não adesão aos programas preventivos.
- 3 - A intervenção em nível terciário: atua na adesão das condições de tratamento, busca o bem-estar do paciente e conscientiza-o das consequências e o risco da não adesão. Trabalha com técnicas de enfrentamento psicológicas (*coping*) no diagnóstico do câncer e em diferentes estágios da doença. Treina os profissionais

de saúde para lidar melhor com os indivíduos portadores do câncer e suas famílias, além de promover técnicas de enfrentamento para a depressão do próprio profissional e sua ansiedade diante do câncer. Atua na comunicação do diagnóstico, na diminuição dos efeitos colaterais e na preparação para a morte com pacientes terminais.

4 - A intervenção em nível quaternário ou terminal: atua com várias questões, principalmente no contexto de morte, atendendo às necessidades emocionais, aos medos e ansiedades diante do sofrimento. O profissional facilita o processo de tomada de decisões e resoluções de possíveis problemas pendentes do paciente, tais como finanças e família. Além disso, ele oferece suporte familiar para elaborar questões relacionadas à morte do paciente e apoiar a equipe de saúde envolvida. Colabora para que o tratamento oferecido seja digno e produza uma melhor qualidade de vida para o paciente terminal (SILVA; BERVIQUE, 2005).

A atuação do profissional da psico-oncologia é de suma importância, por intervir ouvindo e compreendendo o paciente, sua família e a equipe, sem jamais julgar. Assim, ele gera a segurança e o conforto de todos os envolvidos nessa caminhada (SILVA; BERVIQUE, 2005).

No Brasil, têm-se testemunhado um progressivo avanço da psico-oncologia em termos da demanda de atendimento psicológico nos serviços de oncologia. Também tem sido expressiva, nos profissionais, a demanda por formação e treinamento para uma prática adequada (VEIT; CARVALHO, 2008).

A Sociedade Brasileira de Psico-oncologia (SBPO), fundada em 1994, é uma entidade civil, sem fins lucrativos, com o objetivo de congregar profissionais e estudantes da área de saúde e afins para o estudo, a divulgação e o desenvolvimento da psico-oncologia, oferecendo cursos itinerantes de especialização em todo o território nacional (VEIT; CARVALHO, 2008).

Hoje o Brasil conta com inúmeras instituições dotadas de ações e serviços de psico-oncologia e organizações não governamentais que atuam nessa área. Além disso, o país dispõe de uma importante produção científica sobre o assunto, que é expressa em trabalhos acadêmicos e publicações (VEIT; CARVALHO, 2008).

2.3 Representações do seio

Desde a pré-história até os tempos modernos, pinturas e esculturas deram destaques aos seios, síntese da feminilidade e da fertilidade, mas também de erotismo e compromissos cívicos e políticos. Os seios simbolizavam força, ousadia e magia. Inspiravam lendas, narrativas religiosas e mitos a respeito de mulheres que romperam o padrão dominante em diversas épocas e sociedades (INCA, 2014).

Na antiga mitologia egípcia, o seio estava presente quando a deusa Isís, mãe de todo o Egito, amamentava seu filho Hórus, garantindo a imortalidade aos que bebiam do seu leite. Ela era adorada pelo povo como deusa da magia e procurada pelos seus mortais seguidores em situações de doença e agonia (ALVES, 1991). O seio é, então, representado como fonte de vida pela deusa Isís, que simboliza a amamentação. Ela segurava seu filho sobre o braço esquerdo, amamentando-o perto do coração. Esse costume permaneceu até tarde, durante a era cristã (ALVES, 1991).

Na lenda, os seios encontram-se presentes “Na partida das amazonas”, segundo a qual as mulheres guerreiras amputavam o seio direito para obter mais força e agilidade no manuseio do arco (MARTINEZ; SOUZA, 2014). As amazonas são mulheres fortes, hábeis na arte da guerra e da sedução, desde a infância cauterizavam o seio direito com instrumentos de bronze em brasa, impedindo seu desenvolvimento, com objetivo de acomodar melhor o arco e atirar flechas com mais perfeição. No entanto, apesar de destruírem o seio direito, contraditoriamente, na maioria das vezes, elas mantinham o esquerdo descoberto, representando, com esse ato, um sacrifício de feminilidade. Percebe-se que o sacrifício das amazonas em queimar um dos seus seios seria a constatação da castração na mulher, pois elas depositavam nesse ato um valor fálico (MARTINEZ; SOUZA, 2014).

A presença do seio no âmbito religioso é representada por Santa Ágatha, que foi martirizada e executada na época da perseguição aos cristãos, tendo os seios cortados (INCA, 2014). Tamburrino (2007) a descreve como uma mulher de rara beleza, que se recusou a casar com Quintianus, prefeito e senador romano da região da Sicília. Ele, então, revoltado com a decisão, coloca-a em um bordel, de onde ela conseguiu escapar virgem. Santa Ágatha foi acusada de pertencer a seitas fora da lei, sendo condenada e marcada com ferro em brasa, momento em que teve seus seios cortados. Não foram permitidos remédio, nem ataduras nas suas feridas. A religiosa acreditava que a morte seria um alívio e a solução para a sua tortura. Depois de uma história de milagres, Ágata foi considerada santa e tornou-se protetora das mamas (TAMBURRINO, 2007).

Percebe-se que a representação do seio em todos os contextos citados projeta no imaginário coletivo um sentimento de força, confiança, liberdade, vitória e fonte de prazer. O leite materno e as mulheres que amamentavam inspiravam a criação de divindades nutritivas, como estátuas e pinturas, com grandes seios relacionados à alimentação e à fertilidade (INCA, 2014).

O significado e a representação que o seio adquiriu na sociedade atual se deram a partir de uma construção teórica e prática em psicologia e das construções culturais. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, mulheres de diversos países alcançaram lugares de destaque na família e no mercado de trabalho. Na década de 1960, os seios foram um dos símbolos dessa liberdade e das reivindicações por mais direitos sobre o corpo e por melhores condições sociais e políticas (INCA, 2014).

Na teoria psicanalítica de Sigmund Freud, o seio possui um investimento libidinal, ocupa um papel central, sendo a primeira experiência de satisfação do bebê, que impulsiona suas necessidades vitais. O contato corporal entre a mãe e o bebê, mais especificamente o seio, fica associado à representação tanto de satisfação como também de frustração, daí que a representação do seio materno é estabelecida como uma imagem mnemônica do objeto, sendo reativada em situações de tensão e desejo (FREUD¹², 1905 *apud* SOARES, 2009).

Para Lacan, o seio seria um objeto de valor simbólico, representante do dom da potência materna, presente ao longo do processo identificatório. O seio é representante simbólico da mãe real, do dom, do primeiro objeto de amor, constituído de forma fusional, permitindo que o bebê confunda-se com o seio para depois discriminar-se dele, ele é o objeto fundante do sujeito e de sua relação com o mundo externo (LACAN¹³, 1957 *apud* ZECCHIN, 2004).

A teoria de Melanie Klein diz que os seios são a primeira representação mental para os indivíduos, pois se trata do modelo primário de genitalidade. Eles assumem uma conotação estética-erótica ligada à sedução e ao papel feminino de maternidade enquanto fonte de alimento (KLEIN¹⁴, 1921 *apud* ZECCHIN, 2004).

Conforme ressalta Oliveira *et al* (2013), o seio representa algo além do aspecto fisiológico; ele assume um caráter simbólico no psiquismo na mulher:

¹² FREUD, Sigmund. (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas completas**: Edição Standart brasileira. Vol. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

¹³ LACAN, J. (1957). A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

¹⁴ KLEIN Melanie. (1991). The development of a child. In: _____. **Contributions to psycho-analysis**. London: Hogart Press, 1948. p. 13-67.

O seio é o órgão do corpo feminino que está associado ao prazer e à vida. Normalmente, é um símbolo de valor, sendo insubstituível nos casos em que ocorrem perdas. O seio é também um símbolo de fertilidade e saúde e durante todas as etapas da vida da mulher, desde a infância, puberdade, até a vida adulta, é o órgão que mais está relacionado à questão da feminilidade (OLIVEIRA *et al*, 2013, p. 47-48).

Mais do que qualquer outra parte do corpo humano, os seios são fontes de variadas simbologias de feminidade, eles são ao mesmo tempo, fonte de inspiração, desejo e ternura. Na intimidade, eles se associam à sexualidade e ao prazer. Quando expostos publicamente, eles podem expressar ousadia, protesto, objeto de sensualidade ou estratégias de marketing (INCA, 2014).

Observa-se, em especial na cultura brasileira, uma exploração da imagem do corpo feminino em propagandas publicitárias e na mídia em geral. Quando uma mulher expõe seu corpo nas propagandas, ele está repleto de significados e valores que precisam ser analisados, deixando de ter um aspecto físico para assumir um significado cultural (CRUZ, 2008).

As mulheres vêm, ao longo das épocas, buscando se adaptar às mudanças das normas sociais que estipulam diferentes padrões estéticos para o protótipo do corpo feminino sensual e atraente. As roupas devem modelar um corpo esculpido e extremamente sexualizado, seus atributos físicos, como seios e cabelos, ficam altamente expostos (MACIEIRA; MALUF, 2008).

Assim, a sociedade dita as normas e os padrões da mulher considerada bela e saudável. Determina os estereótipos ideais para conquistar uma falsa felicidade através de um corpo determinado por cirurgias plásticas, malhações e dietas que chegam a ser anoréxicas, um processo chamado medicalização da beleza. Nesse contexto, verifica-se uma constante preocupação da mulher com a própria imagem, o que pode gerar frustração, caso essa imagem não corresponda aos padrões ideais (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Percebe-se, então, que devido aos traços marcantes da cultura ocidental, a mama, além de ser importante pela sua função endócrina, é, também, supervalorizada na estética corporal da mulher (OLIVEIRA *et al.*, 2013). Contudo, ela também adocece. Assim, fica o questionamento: como lidar com essa mama tão desejada e agora doente?

2.4 O câncer de mama além da dimensão corporal

Levando-se em consideração a representação simbólica das mamas como parte do processo de construção e fragmentação do corpo feminino, a experiência do adoecimento pelo câncer de mama é um momento marcado por desafios e enfrentamentos (AURELIANO, 2009).

O desenvolvimento da ciência médica negligenciou o sujeito e sua história, seu meio social, sua relação com o desejo, a angústia, a morte, o sentido da doença, limitando-se a considerá-lo apenas como um mecanismo corporal, isolando o corpo em sua anatomia e fisiologia, colocando o doente em uma atitude de passividade frente ao tratamento recebido.

O termo “mama”, utilizado constantemente em estudos, merece uma crítica, pois funciona como terminologia apropriada ao discurso médico, dificilmente um médico dirá “vamos operar o seu peito”, pois ele tende a neutralizar o aspecto sexual que carrega a palavra peito (AURELIANO, 2009).

Observa-se que essa linguagem está centrada na biologia humana com o objetivo de materializar a doença num órgão, num tecido, num corpo, mas não exatamente na pessoa. O estudante de medicina é treinado para ver uma doença sem corpo ou um corpo modificado, desmembrado em partes e afastado dos elementos subjetivos que envolvem a pessoa doente (AURELIANO, 2009).

A medicina, em diferentes épocas, participou ativamente da construção do corpo feminino e de um modelo ditado ou pensado através da sua biologia, construindo sobre esse corpo, funções que passaram a caracterizar a mulher, como amamentar e parir. Dessa forma, fragmenta o corpo nos seus símbolos e determina papéis sociais (MARUYAMA *et al.*, 2006).

O corpo feminino está fragmentado nos seus símbolos (mama, vagina), naquilo que o diferencia do corpo masculino. Ao mesmo tempo, esses símbolos definem sua identidade enquanto pessoa na valorização daquilo que a faz mulher, sobretudo na atual sociedade, em que existe a celebração do corpo feminino perfeito e erótico (AURELIANO, 2007). Aureliano ressalta que o corpo da mulher mastectomizada é fragmentado, sofrendo abalos que vão desde a revelação da doença até legitimação social:

A unidade do corpo feminino é quebrada com a mastectomia, que o fragmenta em partes, e é preciso repensar esse corpo, atualizá-lo para que ele seja o mesmo em um novo corpo [...]. As identidades sociais da mulher que se descobre com câncer de mama sofrem abalos nos aspectos que vão desde a revelação da doença para os outros, até as mudanças nas relações de trabalho, com a família, etc. (AURELIANO, 2009, p. 66).

A perspectiva da doença no sistema profissional de saúde permite estabelecer quando ocorre a passagem do estado de ser pessoa para a condição de ser doente e, em última instância, de ser paciente, dentro do chamado “ritual de despersonalização”, em que a ênfase na doença física destitui a pessoa de tudo que a identifique como um ser social (MARUYAMA *et al.*, 2006).

Os profissionais de saúde tendem a corporificar o doente, focalizam a sua atuação no corpo e não no ser humano. As mudanças no corpo, a entrada no sistema de cuidado profissional e o estigma da doença dão um novo significado à experiência do câncer de mama (MARUYAMA *et al.*, 2006).

No sistema de cuidado profissional, é possível contribuir para que o doente tenha o sentido positivo da experiência da doença, possibilitando-lhe decidir sobre a terapêutica que será empregada. Nesse esforço, o que ele procura é reintegrar o corpo à sua própria vida. Partindo do pressuposto de que cada um tem uma perspectiva de vida traçada de acordo com a sua visão de mundo, seus valores e suas crenças (MARUYAMA *et al.*, 2006).

2.5 Mastectomia: a parte da doença que não passa

A mastectomia, embora seja um procedimento essencial no tratamento do câncer de mama, gera sentimentos conflitantes na mulher que a vivência. Os primeiros meses de reabilitação são caracterizados pelo movimento de reorganização na esfera individual e social, visto que a mutilação favorece um processo de perda e de luto (ALMEIDA, 2006). O luto presente no tratamento cirúrgico é decorrente da percepção da paciente em subentender que a cirurgia irá findar sua patologia. A alegria e o alívio causados por essa primeira etapa do tratamento têm fim em um curto período de tempo, até o momento em que a paciente toma consciência emocionalmente da sua real situação. Começa-se, então, o processo de luto pelo corpo perdido, pela feminilidade roubada e pelos sentimentos de menos valia (ALMEIDA, 2006).

A retirada das mamas pode provocar na mulher um sentimento de castração e um abalo na imagem corporal. O conceito de castração não corresponde à aceção habitual de mutilação dos órgãos, mas designa uma experiência psíquica completa, inconscientemente vivenciada pela mulher. A mama simboliza, em um nível mais inconsciente, o fato de ter sido criada (SOARES, 2009).

A mulher ao passar pela mastectomia vivência várias dificuldades, como o comprometimento da sua autoimagem, o preconceito social, a dor e as limitações físicas,

afetando sua existência e seu entendimento da nova realidade (PERREIRA *et al.*, 2006). A primeira dificuldade enfrentada pelas mulheres, após uma mastectomia, é sua própria aceitação, a mudança do corpo que está diferente, sem uma parte, olhar-se no espelho e deparar-se com a real situação é sempre um momento angustiante (PERREIRA *et al.*, 2006). Perreira *et al* (2006) afirmam que a identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que pode ser um momento agressivo à autoimagem, destruindo a imagem corporal.

Para algumas mulheres, a modificação corporal se dá de forma contínua e gradativa, e sua imagem e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo de sua vida, o que demonstra a necessidade de um tempo para assimilar sua nova imagem corporal (PERREIRA *et al.*, 2006).

Outra dificuldade encontrada pela mulher é a alopecia, ou seja, a perda do cabelo, que pode trazer maior sofrimento do que a própria mastectomia. Essa perda é uma das consequências mais graves do tratamento para o câncer de mama, uma vez que os cabelos estão relacionados a características identitárias e à segurança emocional. A perda do cabelo mostra o diferente, o não belo, a pessoa inquestionavelmente adoecida, reforçando o sentimento de compaixão sentido pelos outros e pela própria mulher, pois é cultural que o gênero feminino exiba cabelos longos e bonitos (SOARES, 2009).

A alopecia denuncia o câncer, ocasiona a perda de privacidade e o convívio social, fato que dificulta a aceitação tanto pela mulher, quanto pela sociedade (PERREIRA *et al.*, 2006). Diante dessas instabilidades emocionais, é importante que os profissionais da saúde orientem a mulher antes do início dos procedimentos quimioterápicos, a fim de prepará-la e achar soluções cabíveis para diminuir tais desconfortos (PERREIRA *et al.*, 2006).

Atualmente, é possível fazer perucas com o próprio cabelo, mas, para isso, a mulher precisa ser informada dessa possibilidade antes da mastectomia, para que possa se preparar psicologicamente para a perda do cabelo e possíveis cuidados. Além disso, é imprescindível reforçar que, após o tratamento, o cabelo retorna naturalmente (PERREIRA *et al.*, 2006).

Além dos efeitos colaterais associados à quimioterapia, muitas mulheres desfavorecidas economicamente se deparam com mais obstáculos, tais como questões burocráticas para receber o tratamento adequado e dificuldades nos recursos para o transporte até o local do tratamento, o que se constitui em fator agravante para a situação de saúde em que se encontram (PERREIRA *et al.*, 2006).

Silva *et al.* (2012) destacam outro empecilho vivenciado pela mulher mastectomizada; o preconceito social, que dificulta o enfrentamento da real situação. Para essas mulheres, o conhecimento dos outros sobre seu diagnóstico atua como símbolo do estigma da doença, associado, ainda, à ameaça da morte.

A reintegração da mulher mastectomizada ao meio social e a aceitação do seu novo corpo têm forte interferência externa, pois se ela é aceita pelos outros, tende a aceitar-se mais facilmente e a olhar-se com mais naturalidade (SILVA *et al.*, 2012). Conforme Pereira *et al* (2006), o preconceito social ocasiona na mulher um autoconceito, se ela não for aceita socialmente, começa a ter vergonha do seu próprio corpo. Comportamentos de esquiva geram uma série de dificuldades ao reassumir sua vida profissional, social e familiar.

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar e grupo de amigos. A situação vivenciada 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 (ALMEIDA, 2006). 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 (ALMEIDA, 2006).

2.6 Dor e sensações fantasma no pós-mastectomia

A presença de dor crônica após a mastectomia é considerável e pode afetar funções que são importantes para as mulheres em suas atividades. Estima-se que mais de 50% das mulheres sofrem de dor crônica após o tratamento de mastectomia (SAUAIA; GARCIA, 2004).

Dor crônica é uma doença debilitante com consequências expressivas, comprometendo a condição física, psicológica e o comportamento. Seus portadores podem desenvolver depressão, irritabilidade e deficiências psicomotoras (SAUAIA; GARCIA, 2004). De acordo com Dellaroza *et al.* (2008), a dor crônica pode ser definida como uma dor contínua ou recorrente, com duração mínima de três meses, sua função é de alerta e, muitas vezes, tem a etiologia incerta, não desaparece com o emprego dos procedimentos terapêuticos convencionais.

Para Sauaia e Garcia (2004), a dor crônica mais presente na mulher mastectomizada é a síndrome da mama fantasma. Segundo Ackerly, Lhamon e Fitts¹⁵. (1975 *apud* SAUAIA; GARCIA, 2004), partes fantasmas do corpo foram descritas pela primeira vez em 1551, pelo cirurgião francês Ambroise Pare, que observou as sensações de reposição de partes que haviam sido amputadas. A síndrome fantasma presente após a mastectomia é descrita como um quadro clínico variável, de acordo com a intensidade da dor, da sensação de existência da mama, de peso ou formigamento (SAUAIA; GARCIA, 2004).

Os fenômenos fantasmas relacionados à mama distinguem-se das demais amputações, pois nesses, a sintomatologia aparece logo após a cirurgia. Evidencia-se que esse fator estaria relacionado a fatores emocionais como ansiedade e depressão, podendo produzir desconfortos físicos e psicológicos para as pacientes (SAUAIA; GARCIA, 2004).

Conforme afirma Ramesh e Bhatnagar (2009), a dor fantasma e as outras dores afetam a qualidade de vida dos pacientes:

Dor da mama fantasma e outras síndromes de dor afetam gravemente a qualidade de vida dos pacientes. O impacto negativo no funcionamento físico e psicossocial do paciente é consistente com muitas síndromes de dor crônica e câncer. Tem sido relatado que até metade dos pacientes relatam impacto negativo da dor em suas atividades e até um quarto relata moderado a alto impacto em suas atividades diárias em casa e no trabalho. Não surpreendentemente, os estudos também descobriram que pacientes de cirurgia de câncer de mama com dor crônica têm maior estresse psicológico e morbidade psiquiátrica do que a população em geral¹⁶ (RAMESH; BHATNAGAR, 2009, p. 103-107, tradução das autoras).

A síndrome da mama fantasma ainda não tem sua patologia definida, é descrita como um quadro clínico variável, de acordo com a intensidade da dor e de seus sintomas (SAUAIA; GARCIA, 2004).

A pequena escala de estudos existentes em dor persistente após a cirurgia de câncer de mama cria uma incerteza considerável quanto à generalização dos seus resultados, bem como em relação à identificação de fatores de risco potencialmente modificáveis. Porém, vários estudos estão em andamento para explorar o assunto, seus fatores associados e detecção da dor persistente após a cirurgia de câncer de mama (RAMESH; BHATNAGAR, 2009).

¹⁵ ACKERLY, W.; LHAMON, W.; FITTS, W.T. Phantom breast. **J. Nerv. Ment. Dis.** 1975; (121):177-8.

¹⁶“Phantom breast pain and other pain syndromes severely affect the quality of life of patients. The negative impact on a patient's physical and psychosocial functioning is consistent with many chronic and cancer pain syndromes. It has been reported that up to half of patients report negative impact of pain on their activities and up to one-quarter report moderate to high impact on their daily activities at home and work. Not surprisingly, studies have also found that breast cancer surgery patients with chronic pain have a greater psychological stress and psychiatric morbidity than the general population.

2.7 Câncer de mama: sentimentos e comportamentos

A mulher com câncer de mama torna-se uma pessoa duramente atingida nos aspectos físicos, psicológicos e sociais, tanto pela doença como pelo tratamento. Aceitar a nova condição e adaptar-se à nova imagem de seu corpo exige um esforço grande para o qual, muitas vezes, não estão preparadas (REGIS; SIMÕES, 2005).

Durante toda a vivência do câncer, os sentimentos mudam com intensidade. A mulher busca organizar sua vida para saber o que vai ser feito, e não perder o controle da situação (VIERA *et al.*, 2006).

A associação do câncer a sentimentos negativos, tais como depressão, raiva, tristeza, dor, desespero, preocupações sobre a ameaça à vida, bem como o medo do desfiguramento, invalidez e angústia associado ao tratamento são comuns para todas as mulheres que enfrentam um diagnóstico de câncer de mama. Algumas mulheres que passam pela experiência do câncer de mama não conseguem retomar sua vida normalmente. As sequelas existem porque ocorre uma mudança de identidade, já que a autoimagem não é mais a mesma (VIERA *et al.*, 2006). De acordo com o INCA (2014), o impacto do diagnóstico influencia diretamente nos aspectos emocionais da paciente, destacando-se a ansiedade, o estresse, a depressão, a autoestima, o medo de morrer e as sensações fantasmas. Na trajetória do câncer de mama, a ansiedade se manifesta nos momentos do diagnóstico, depois continua durante o tratamento e pós-tratamento.

A ansiedade, independentemente do seu grau, pode reduzir a qualidade de vida das pacientes e de seus familiares. A atenção terapêutica da ansiedade é uma das medidas fundamentais durante o tratamento do câncer de mama (INCA, 2014). O grau da ansiedade varia de acordo com a evolução da doença ou conforme a agressividade do tratamento oncológico. Uma pesquisa realizada por Carrero *et al* (2001) evidenciou que 44% das mulheres acometidas pelo câncer de mama declararam experimentar alguma ansiedade durante o tratamento. Entre elas, 23% experimentaram um grau de ansiedade mais significativo.

As reações de ansiedades prolongadas ou extensas podem comprometer a adaptação. Nesses casos, elas se classificam como Transtornos de Ajustamentos, que afetam e dificultam a capacidade de funcionamento social e emocional da paciente. Nessa fase a ansiedade requer intervenção terapêutica, pois pode comprometer significativamente o sucesso do tratamento. Para que isso aconteça é importante considerar a subjetividade de cada paciente e sua história de vida, além de analisar se a paciente já apresentava ansiedade antes

do adoecer (CARERO *et al.*, 2001). Entretanto, ainda conforme Carero *et al.* (2001), a ansiedade pode ser um fator positivo, considerada como parte da adaptação normal da paciente à sua doença. Em muitas mulheres, as reações de ansiedade são intensas, limitadas às circunstâncias e acabam sendo benéficas no sentido de motivá-las a procurar medidas de alívio.

Cangussu *et al.* (2010) chamam a atenção para outro aspecto a ser considerado; a depressão. Ao receber o diagnóstico de câncer de mama, a paciente passará por um momento de tristeza. Mas, não quer dizer que a mesma desenvolverá um transtorno depressivo. Porém, é importante ressaltar a diferença entre tristeza e depressão. A tristeza é um fenômeno normal que faz parte da vida psicológica de todos os indivíduos, com duração limitada. A depressão é um estado patológico, costuma afetar o indivíduo por quinze dias ou mais, provocando desânimo e falta de interesse por qualquer atividade, prejudicando o funcionamento psicológico, social e físico (CANGUSSU *et al.*, 2010).

Almeida (2006) relata que a presença da depressão após a mastectomia é uma resposta emocional comum entre as pacientes diagnosticadas com câncer de mama. As mulheres submetidas à mastectomia radical possuem um elevado nível de depressão. Uma das causas mais frequentes é a alteração física decorrente da cirurgia e sua repercussão no psiquismo da paciente.

Algumas variáveis têm relação significativa com a depressão: faixa etária, situação conjugal, antecedentes pessoais, uso de quimioterapia, complicações pós-mastectomia, situação financeira, atividade sexual, prática religiosa e a percepção de perda (ALMEIDA, 2006). Para Cangussu *et al.* (2010), na mulher mastectomizada, tais variáveis acarretam sintomas relacionados ao estresse, pois a vulnerabilidade psicológica varia de acordo com a estrutura psíquica de cada uma.

Observa-se que cada mulher pode manifestar respostas diversas frente a uma mesma situação de estímulo, caracterizando estratégias diferentes de enfrentamento ao estresse (STUMM; LEITE; MASCHIO, 2010). Os autores ainda destacam os seguintes fatores estressores no câncer de mama: confirmação do diagnóstico de câncer; medo da morte; queda de cabelos; efeito colateral da quimioterapia; autoimagem prejudicada; perda da mama; impacto da notícia aliado à amputação; afastamento da família e dos amigos; dificuldade de aceitação da doença; limitações físicas e necessidade de mudar de hábitos de vida. Tais fatores estressores interferem diretamente no processo de aceitação da nova imagem corporal, ocasionando uma perda de autoestima. Sentir-se bonita é sempre um desejo das mulheres.

Entretanto, no tratamento do câncer de mama, enxergar-se bonita é ainda mais importante, pois traz benefícios ao tratamento (INCA, 2014).

A mulher com câncer de mama enfrenta efeitos colaterais aparentes, como queda de cabelo e ressecamento da pele, questões que assumem aspectos mais delicados. O que pode parecer fútil para muitos - a preocupação com a estética - é apontado por médicos e psicólogos como uma necessidade a ser trabalhada durante o tratamento. Com medidas relativamente simples, muitos dos efeitos colaterais podem ser amenizados, reforçando a autoestima e trazendo claros benefícios ao tratamento (INCA, 2014). Segundo Venâncio (2004), a preocupação com a estética não pode ser deixada de lado durante o tratamento do câncer de mama, por ser uma doença mostrada na aparência em uma sociedade que exalta a beleza de todas as formas.

A influência do ambiente é essencial na condição psicológica das pacientes e qualquer medida para valorização da estética deve ser entendida como uma questão de autocuidado. Pesquisas realizadas por Ferreira *et al* (2013) demonstram que pacientes com autoestima mais elevada possuem taxas de aderência mais altas ao tratamento, ou seja, envolvem-se mais, além de se sentirem mais seguras e tranquilas.

2.8 A família convivendo com a mulher/mãe mastectomizada

O adoecimento de um dos membros da família pode refletir nos demais, e a realização de uma cirurgia mutiladora, como a mastectomia, pode comprometer a imagem e as relações familiares. Portanto, Bervian e Girardon-Pernini (2006) destacam a importância de se compreender como é para a família ter em seu meio a mulher/mãe que passou por tal procedimento cirúrgico.

A família é um sistema interligado e cada um de seus membros tem influência sobre o outro. O adoecimento de um dos integrantes, nesse caso da mulher/mãe, tem reflexos no comportamento, no estado emocional e no biológico dos demais. Eles comungam das mesmas percepções e as reconhecem no familiar que está doente, entretanto, têm dificuldade em lidar com elas (BERVIAN; GIRARDON-PERNINI, 2006).

Com o adoecer, mudanças ocorrem no interior de cada um, e na dinâmica familiar, que acaba por contribuir no fortalecimento dos laços familiares. Diante do adoecimento da mulher/mãe, pais e filhos no decorrer do processo, procuram rever suas posturas e atitudes, modificando-se em algum aspecto a fim de oferecer apoio. A situação

vivida mostra-se como forma de aproximar a família em torno de um objetivo em comum, o bem-estar da mulher/mãe (BERVIAN; GIRARDON-PERNINI, 2006).

O envolvimento da família com o câncer de mama antecede o diagnóstico. A família está presente quando observa e avalia um sintoma e quando sugere ou providencia uma consulta médica, dividindo ansiedade de um futuro diagnóstico (FRANCO, 2008). Pode-se dizer que a crise decorrente da doença inicia-se antes do diagnóstico, quando a família percebe ou interpreta os sintomas de risco, unindo-se para lidar com essas questões. A maneira como o indivíduo e a família age na fase pré-diagnóstica pode ser reveladora, sugere os padrões e os mecanismos de enfrentamento que serão utilizados. Nessa fase, o grupo familiar passa por muitas incertezas e ansiedade, a culpa se associa aos medos. O familiar se preocupa com o que a doença vai significar para a mulher/mãe e para ele também, pois ela pode acarretar consequências nos padrões de comunicações, relacionamento sexual e relação de poder (FRANCO, 2008).

No período do diagnóstico, familiares e paciente são informados sobre o que é a doença e o que ela irá representar. Isso não significa que tenha acabado a incerteza, pois novas situações, relativas ao tratamento, ao andamento da doença, ao prognóstico, se apresentam. (FRANCO, 2008).

Segundo Bervian e Girardon-Pernini (2006), a mulher/mãe ao receber o diagnóstico de câncer de mama, precisará do apoio familiar e é necessário que a família não esqueça suas próprias necessidades, sendo solidária, não permitindo que a paciente se deixa vencer pela doença. A família desestabiliza-se diante da fala médica. As ameaças e medos atingem os projetos familiares, que deverão ser mudados ou adiados, surgindo novas responsabilidades e dificuldades financeiras. Pode ocasionar a preocupação de que a doença cause problemas de saúde aos outros membros da família, por deixá-los estressados pelas novas responsabilidades e mudanças (FRANCO, 2008).

Nessa fase, se instala uma crise familiar que é caracterizada pela incerteza e ansiedade, que afetará tanto o paciente como sua rede de apoio. Esse é um período no qual a família vivência o luto antecipatório, diante das mudanças e perdas que ocorrerão (FRANCO, 2008).

A família desenvolve mecanismos para identificar ou escolher um cuidador entre seus membros, e a existência de um cuidador chama a atenção para as suas atividades específicas, relativa à saúde, desenvolvimento de habilidades, vínculo conjugal e sexualidade. É importante destacar que a família também utiliza mecanismos de defesa para conseguir

enfrentar a nova realidade da mulher/mãe, como a negação, aceitação, barganha, depressão e enfrentamento (FRANCO, 2008).

Quando a mulher/mãe não pode mais desempenhar os papéis ou funções que lhe foram determinadas, ocorre uma alteração importante no equilíbrio familiar. Quando a família tem um de seus membros em condições de terminalidade, enfrenta não somente a constatação de que aquela pessoa está morrendo, como também a morte da própria família, como era até então (FRANCO, 2008).

O câncer de mama e, por conseguinte, a mastectomia causa uma situação de desorganização entre os membros familiares. Com o passar do tempo, a situação vai sendo processada, enfrentada e elaborada, possibilitando a reorganização familiar em moldes distintos do anterior do adoecimento com base nas novas experiências e nos velhos laços que os uniam e os aproximavam até então (BERVIAN; GIRARDON-PERNINI, 2006).

2.9 Sexualidade no pós-mastectomia

Uma das dificuldades constante na vida de mulheres mastectomizadas é a disfunção sexual. Hoje a sexualidade é concebida como aspecto que conecta o corpo, a identidade e normas sociais, adquirindo importância social e política, além da moral (CARERO *et al.*, 2001).

A retirada de um órgão como a mama pode trazer agravos à qualidade de vida e à satisfação sexual da mulher. Medo, depressão, eventuais dores e os próprios medicamentos costumam ser responsáveis pela diminuição da libido diante uma doença grave. Além disso, os parceiros sexuais costumam se inibir diante da situação, o que resulta na vida sexual suspensa (CARERO, ROCHA; ARRUDA, 2001).

Conforme Carero, Rocha e Arruda (2001), a perda da libido ou a redução do prazer sexual é um sintoma comum da depressão, e é mais prevalente em pacientes com câncer do que na população sadia. O exame para detectar uma possível depressão pode ser a parte mais importante da avaliação da disfunção sexual. O sexo é um fator importante tanto para a mulher como para seu parceiro. Muitas vezes, sentir-se desejada torna-se um importante estímulo para que a paciente consiga tolerar o tratamento. Carero, Rocha e Arruda (2001) afirmam que cerca de 50% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama sofrem

de disfunções sexuais prolongadas. Os problemas sexuais mais frequentes incluem a falta de apetite sexual e dispareunia¹⁷.

São evidentes em mulheres mastectomizada as dificuldades em expor seu corpo e expressar sua sexualidade. Em muitos casos, elas evitam despir-se diante dos parceiros e serem tocadas pelos os mesmos, com isso fazem uso de sutiã ou camiseta durante a relações sexuais. A mulher, cuja relação não é estável em um compromisso regular, como o casamento, costuma se deparar com o medo de ser rejeitada por um novo companheiro que saiba de sua patologia (CARVALHO; MARTINS; REZENDE, 2009). Mulheres sem companheiros e sem mama, ou com deformidade pós-cirúrgica da mama, podem sentir-se inferiores se comparadas àquelas que possuem mamas não operadas e, por isso, menos capazes de estabelecer novos vínculos afetivos. Mulheres sem companheiro parecem ser mais vulneráveis a problemas de ajustamento, sobretudo no campo dos relacionamentos (INCA, 2014).

As mulheres com companheiros estáveis enfrentam com mais facilidade a volta à rotina sexual, uma vez que se sentem apoiadas pelos parceiros. O apoio do companheiro e aceitação do novo corpo da mulher faz com que ela enfrente com mais facilidade suas limitações, melhorando sua autoestima (CARVALHO; MARTINS; REZENDE, 2009). Ferreira *et al.* (2013) afirmam que quando a mulher tem a compreensão e a dedicação do parceiro, ela se sente mais segura e consegue lidar melhor com a real situação. Se o companheiro consegue olhar para a região operada e aceitar a nova imagem da mulher, é como se eliminasse o risco de abandono. Já se o parceiro sexual não consegue olhar para a região operada, isso certamente será entendido como rejeição.

O apoio do companheiro influencia na vivência da sexualidade da mulher com câncer de mama, é percebido como um fator significativo em todas as etapas da doença. Muitas mulheres precisam vivenciar a sexualidade com o outro, conseqüentemente, após a mastectomia, se vêm ameaçadas quando o parceiro sinaliza falta de compreensão e ameaça abandoná-la diante das circunstâncias (FERREIRA *et al.*, 2013). Para Carvalho, Martins e Rezende (2009), esse processo de aceitação e adaptação ao osteoma é evolutivo e sequencial, durante o qual, o companheiro e a mulher desenvolvem mecanismos de defesa para adaptar-se em uma nova situação. Porém, Carero, Rocha, Arruda (2001) destacam que os efeitos secundários ao tratamento do câncer de mama e aos problemas sexuais não costumam resolver-se durante o primeiro ou o segundo ano depois da alta médica, podendo permanecer

¹⁷Dispareunia é um termo ginecológico que significa o intercurso sexual doloroso, durante o ato e após. Na maioria das vezes não tem causa orgânicas (GUYTON; HALL, 1997).

continuadamente ou até mesmo piorarem. Portanto, percebe-se que a mulher mastectomizada, além de sofrer pela amputação das mamas, sofre a perda da sexualidade, do desejo, da feminidade e da atratividade, o que aumenta a vulnerabilidade das pacientes em enfrentar a vida sexual após a cirurgia (CESINK; SANTOS, 2012).

2.10 Reconstruindo um significativo: a mama

As mulheres acometidas pelo câncer de mama sofrem dificuldades na aceitação do corpo modificado pela mastectomia. Dentre as estratégias para a representação desse novo corpo, a reconstrução da mama é uma forma de intervenção cirúrgica que pode devolver à mulher um corpo feminino mais próximo de sua forma original (AURELIANO, 2007). Conforme Souza (2007), no Brasil, a lei n. 9.797, de 6 de maio de 1999, dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora da mama pelo Sistema Único de Saúde - SUS, nos casos decorrentes de mutilações no tratamento do câncer.

Inocenti (2012) destaca que a reconstrução mamária melhora a autoimagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual. Portanto, atualmente é um recurso indispensável na reabilitação de pacientes que necessitam realizar a mastectomia, pois além de melhorar o aspecto estético, também ajuda a manter a postura do ombro e da coluna vertebral.

Contudo, Aureliano (2007) chama a atenção para o fato de essa reconstrução depender, sobretudo, da história concreta da relação com a doença, com os tratamentos e com o corpo mutilado. Pacientes ansiosas e com expectativas acima da realidade devem ser previamente tratadas psicologicamente, para conscientizá-las da realidade da cirurgia, isto é, que a mama reconstituída dará melhor equilíbrio ao corpo, conforto visual, mas não será uma mama real (PSILLAKIS, 1987).

A reconstrução mamária é conhecida por sua eficácia e por ser o método mais efetivo de restauração do bem-estar psicológico decorrente da mastectomia. Melhora o contorno corporal, preservando ou restituindo a integridade pessoal, aumentando o otimismo para a cura e a qualidade de vida dessas mulheres. Além disso, colabora também na identificação sexual da mulher, sua autoimagem e sua autoestima, favorecendo o enfrentamento da doença (AURELIANO, 2007).

Mulheres que possuem desejo de realizar a reconstrução mamária consideram que a cirurgia pode ajudar no restabelecimento social, por proporcionar liberdade para realizar

diversas atividades, usar diversas roupas, incrementar a aparência, e beneficiar sua relação com seu parceiro (MUNHOZ; ALCRICHI, 2004).

2.11 Uso da espiritualidade no enfrentamento do câncer de mama

O diagnóstico de câncer de mama é um evento estressante para a paciente e sua família. Algumas mulheres têm encontrado na espiritualidade a ajuda no enfrentamento das crises físicas e psicológicas. Por isso, torna-se de extrema importância analisar o papel da espiritualidade na vida dessas pacientes mastectomizadas (MISTURA *et al.*, 2011).

A espiritualidade é universal, está disponível para qualquer ser humano, não se restringe a uma religião, cultura ou um grupo de pessoas. É um fenômeno humano, um potencial inato e natural do ser humano. Ela se manifesta de diversas formas e caracteriza-se por uma ânsia comum pelo sagrado, um desejo universal de tocar e celebrar o mistério da vida (STANTON *et al.*, 2000).

O cuidado com a alma é essencial para a saúde psicológica, e o desenvolvimento espiritual não é uma escolha, ele acontecerá naturalmente de acordo com o desenvolvimento do indivíduo, levando em consideração suas limitações. A espiritualidade, independentemente da denominação religiosa, está também associada à promoção e manutenção da saúde, além de proporcionar para as pacientes com câncer de mama uma esperança e um sentido para a vida (LIBERATO *et al.*, 2008).

Segundo Sampaio (2006), diante de um problema grave como o câncer de mama, a maioria das mulheres tende a buscar na espiritualidade o conforto e a esperança de recuperação. A fé contribui para a superação de uma enfermidade. A vivência da espiritualidade pode trazer significado à vida, pois representa o processo de encontrar pleno sentido para real situação (LIBERATO, 2008).

A crença em Deus e na religião ajuda as mulheres mastectomizadas a encontrar o alívio da doença, fornecendo forças para não desistirem diante das dificuldades surgidas. Para Mistura *et al.* (2011), essa crença é uma alternativa opcional e cultural, que tem a função de amenizar a problemática vivida por essas mulheres e os problemas que ainda enfrentarão.

As mulheres mastectomizadas depositam a fé, a confiança e a credibilidade na tentativa de solucionarem o problema, seja como forma de alívio emocional ou como apoio para encarar o tratamento, que além de longo, é doloroso, causando não apenas sofrimento físico, mas psíquico, familiar e social (MISTURA *et al.*, 2011a).

Segundo Gimenes (2003), a espiritualidade implica uma procura por respostas satisfatórias para questões essenciais da mulher como o sentido da vida, da doença, da morte ou do sofrimento, e a possibilidade de encontrá-las. Práticas espirituais e crenças religiosas podem, segundo Liberato (2008), reduzir o senso de perda de controle e de isolamento e prover melhor estruturação cognitiva, reduzindo o sofrimento e aumentando o propósito e significado da vida. A fé e a espiritualidade podem auxiliar na capacidade de relaxamento, que permite ao corpo curar a si mesmo (LIBERATO, 2008).

A fé e crença em Deus fazem crescer nas mulheres o otimismo, que pode ser considerado uma consequência importante do comportamento de ter fé. Sampaio (2006) observa que as mulheres mastectomizadas que adotam a religião como um comportamento facilitam o enfrentamento ao câncer. Muitas mulheres relatam acreditar que seja o principal motivo pelo qual ainda se mantêm no caminho pela busca.

Sendo assim, as crenças religiosas e a fé exercem papel significativo na estratégia de enfrentamento, pois possibilitam melhor submissão e adesão ao controle médico. Aspectos espirituais utilizados na busca da cura precisam ser examinados, conforme Liberato (2008), por potencializarem recursos internos da paciente, tornando-a mais receptiva e aderente aos tratamentos.

Em contrapartida, Libertato (2008) destaca que a religião pode também apresentar em alguns casos um potencial negativo, visto que amplia o sentimento de culpa e fracasso, gerando comportamentos obsessivos da cura unicamente pela fé, o que impossibilita ou retarda um tratamento médico efetivo, além de aumentar a dor psíquica. A espiritualidade pode acarretar problemas como o uso excessivo das explicações religiosas e o abandono dos meios clínicos científicos de tratamento. Esse enfrentamento espiritual negativo pode resultar na piora da qualidade e da insensibilidade com os outros. O que pode acontecer quando a mulher mastectomizada entende a doença como punição de Deus e sente-se excessivamente culpada (LIBERATO, 2008).

2.12 Câncer de mama e morte: temor do desconhecido

Muitas mulheres ainda reagem à notícia de que estão com câncer de mama como se estivesse recebendo uma sentença de morte. Por não existirem garantias de curas, essas mulheres e seus familiares passam a viver na incerteza (CARERO, ROCHA; ARRUDA, 2001). Em torno do diagnóstico do câncer de mama giram inúmeras fantasias e metáforas que

o associa com a morte. O senso comum considera o câncer como a doença mais temida pela humanidade, gerando medo, angústia e desespero.

A mulher ao receber o diagnóstico de câncer sente-se destruída, o futuro torna-se indeterminado. Portanto, aprender sobre a doença, tratamentos e efeitos colaterais permite à paciente conviver com a realidade, sendo uma forma de enfrentamento (CARERO, ROCHA; ARRUDA, 2001).

Conforme Othero (2008), o medo de morrer torna-se constante no câncer de mama, ocasionando rupturas significativas na vida da paciente. O tratamento passa a ser a posição central do seu cotidiano, a rotina se transforma, vários planos precisam ser adiados, resultando em notáveis vivências de estresse e desequilíbrio.

Este sofrimento relacionado à morte é constituído de significados contraditórios que se movimentam entre o concreto e o abstrato. Pode-se dizer que o câncer de mama provoca na paciente um estado inconsciente de *Thanatos ou Tanatos*, termo que remete à ideia de finitude, vinculada às pulsões. A mulher inconscientemente deseja a morte como forma de cessar seu sofrimento e, assim, satisfazer o desejo de equilíbrio e repouso absoluto. A pulsão de morte se contrapõe às pulsões de vida e tende-se para a redução completa das tensões, isto é, tende a reconduzir a mulher ao estado inorgânico (CARERO; ROCHA; ARRUDA, 2001).

Apesar da pulsão de morte ser presente no psiquismo, ela não é vista com naturalidade entre as pessoas. Em decorrência disso, o ser humano sempre atribui sua finitude a um acidente, uma doença, uma infecção, mas nunca como decorrência de seu investimento libidinal da sua pulsão de morte (FREUD, 1969 *apud* VALE, 2014).

Para o homem ocidental moderno, a morte passou a significar fracasso, impotência e vergonha e, por isso, hoje fica reservada ao hospital. Os conceitos conferidos à morte surgiram com o desenvolvimento do capitalismo, que transformou o ser humano em uma máquina produtiva e saudável. Assim, o adoecer e o morrer desencadeiam a vergonha e a sensação de fracasso (VALE, 2014). Desde o início do século XX, a morte se tornou objeto de vergonha e proibição:

Procura-se falar e tratar cada vez menos do assunto, principalmente com o doente, visando poupá-lo e escondendo a gravidade do seu quadro. A morte se tornou inimiga e vergonhosa e, por isso, precisou ser oculta. Assim, o local onde a morte ocorria e ainda ocorre, deixou de ser em casa e passou a ser no hospital (VALE, 2014, p. 26).

Entende-se que a não aceitação da morte é decorrente de fatores socioculturais, filosóficos e credos religiosos, e que será extremamente difícil o homem assumir outra

posição perante ela, a não ser que surjam outras perspectivas para seu entendimento e aceitação.

3 ANÁLISE QUALITATIVA DA ENTREVISTA: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

A abordagem qualitativa em pesquisa na área de psicologia tem representado um caminho alternativo à rigidez positivista, que se baseia no pressuposto de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana tal como ela é vivida e definida pelas próprias pessoas (ALVES, 1992).

O presente trabalho contribui para uma discussão metodológica, utilizando dados que compreende todos os passos, da construção do instrumento da coleta de dados à apreensão do significado das falas das participantes, relacionando-as com fundamentos teóricos apresentados.

Tal pesquisa foi realizada nas dependências da Universidade Presidente Antônio Carlos de Barbacena, Minas Gerais, na clínica escola Vera Tamm de Andrade. Contou com uma amostragem “por conveniência”, em que os dados amostrais não estimam valores reais da população. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas, gravadas e posteriormente analisadas, com duas participantes voluntárias que passaram pela cirurgia de mastectomia e estão em processo de readaptação com o novo corpo.

Joana¹⁸ tem 44 anos, é divorciada, tem segundo grau completo (atual ensino médio), mãe de um filho de 16 anos, mora com a mãe e o filho. Descobriu o nódulo na mama esquerda em julho 2013, em um de seus exames de rotinas, quando, então, começou o tratamento, se submetendo à mastectomia em abril de 2014. Depois da retirada da mama optou por não reconstituí-la.

Maria¹⁹ tem 60 anos, é divorciada, pós-graduada na área da educação, mãe de um filho de 28 anos, com quem mora. Descobriu o câncer de mama através de uma secreção em seu seio. O processo entre a descoberta e a mutilação durou em torno de nove meses. Realizou a mastectomia no ano de 2004 e na mesma cirurgia submeteu-se a reconstituição da mama.

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados e subdivididos em categorias, correspondentes às falas das participantes com o propósito de compreender os significados ocultos que permitissem inferências e interpretações apoiadas no referencial teórico (ALVES, 1992). Pretende-se, assim, apresentar as repercussões psicológicas e sociais das participantes e seus resultados obtidos, agrupando-os pelas seguintes categorias: apoio familiar e conjugal;

¹⁸ Nome fictício para resguardar o anonimato da entrevistada.

¹⁹ Nome fictício para resguardar o anonimato da entrevistada.

perdas e limitações; relação médico-paciente em oncologia; autopercepção após mastectomia; temor da recorrência; mecanismos de enfrentamentos e a presença da morte no psiquismo.

3.1 Apoio familiar e conjugal

Uma relação familiar saudável pode ajudar a mulher mastectomizada a criar um ambiente favorável para enfrentar o câncer de mama de maneira menos sofrida. É uma fase delicada, em que qualquer demonstração de cuidado e atenção vindo dos filhos e companheiro só tende a beneficiá-la.

A preocupação central das participantes e de suas famílias, após o diagnóstico, foi a sobrevivência. Em seguida, surgiu a preocupação com o tratamento e as condições econômicas para realizá-lo. Por fim, houve preocupação com a mutilação, com a desfiguração e suas consequências para a vida sexual. Os relatos apresentados pelas participantes evidenciam essa sequência de acontecimentos. “Então, quando minha mãe ficou sabendo, ela só rezava para eu em viver. Parecia que ela tinha medo que eu morresse, ela não falava, mas eu via a preocupação na cara dela, né? (Joana). “Meu filho ficou muito preocupado comigo, era muita atenção. [risos]. Acho que ele achou que eu fosse morrer, natural, normal, foi um susto, agora entendo” (Maria). O adoecer rompeu todas as expectativas e certezas do futuro. Para a família, essa é uma das questões mais angustiantes, pois revela sentimentos despertados pelo conflito entre vida e morte.

Após a preocupação da família com a sobrevivência, começa a preocupação com o tratamento, com a questão financeira e com os gastos acarretados pelo adoecimento.

Eu não estava trabalhando e ainda tinha que resolver as questões das papeladas para entrar com a aposentadoria, fiquei doidinha, e todos viam a minha preocupação. Além da minha mãe me vê passando mal, tinha que preocupar com as contas, porque fiquei sem ajudar uns dois meses... (Joana).

O tratamento é doloroso, é intenso, e para meu filho me vê naquela situação foi muito difícil. Por isso que ele não ia muito comigo nas “químio”, ele não aguentava vê o que eu passava lá, e sem contar que era em BH e lá fica tudo muito caro, não estávamos com dinheiro, essa era outra preocupação. Ô fase! (Maria).

Nos históricos é possível perceber que logo em seguida, surge a preocupação com a mastectomia e sua desfiguração. Ao perceber que falta um órgão no corpo da mulher/mãe, a família apresenta reações de cuidados e/ou de vergonha. “Meu filho ficou meio assim, né? Quando me viu sem peito. Ficou meio coisa... [pausa] Achei muito estranho, ele não queria

que os colegas dele não me visse, só falou isso, mas eu não sei... se... né... ele ficou triste, ficou com vergonha” (Joana).

Observa-se que o filho demonstrou-se envergonhado pela nova condição, evitando expor a mãe diante de seus amigos. Pode-se afirmar que ele se deparou com uma mãe diferente do conhecido, o adoecer acarretou em mudanças na imagem que se tinha antes. Ele passa pelo processo de reformulação, investindo sua libido em outra figura maternal, no caso avó: “Não sei, mas me parece que depois que fiquei doente [meu filho] ficou mais apegado à avó. Talvez seja normal, ou vergonha de mim com os amigos... até hoje não sei, ele é muito apegado à minha mãe, às vezes tenho até ciúmes” (Joana).

Aqui é possível refletir como algumas alterações físicas, no caso a mastectomia, geram dificuldades de reconhecimento e aceitação dos próprios familiares. Ao perceber que a mãe não possui o símbolo de maternidade: o seio, o filho da entrevistada procura direcionar sua libido para outra imagem não fragmentada, que possui todos os atributos e representações do ser materno.

Maria, que era culturalmente a cuidadora, em especial do filho, teve as posições invertidas depois que adoeceu, passou a ser cuidada por ele:

Quem diria que a situação mudaria de uma hora para a outra. [Meu filho] era super dependente de mim, eu tinha que fazer tudo para ele. Vi que a doença fez ele crescer, ele amadureceu, ele me ajudou muito, ficava preocupado, cuidava de mim igual criança... [risos] e ainda cuida. Brigamos, rimos, mas um cuida do outro... Outro dia falei com ele: nunca fui mãe e você nunca foi filho, então temos que aprender juntos [risos] (Maria).

Verifica-se uma inversão de papéis, a mãe tem que aprender a lidar com a condição de dependência e com as ambiguidades da situação em que o filho assume o papel de cuidador principal.

Tais discursos evidenciam a possibilidade de alteração da dinâmica familiar em função da dificuldade de retorno à vida pessoal e social dessas mulheres (FERREIRA *et al.*, 2011).

Outro fator observado na entrevista com Maria e relevante para o enfrentamento do câncer de mama é o apoio conjugal, mesmo a entrevistada não apresentando uma relação estável.

Tem esse lado também, assim, como mulher, que, por exemplo, meu ex-namorado tinha uma delicadeza muito grande comigo, em casa [...] ele tinha os defeitos dele, mas ele tinha uma delicadeza muito grande... e, para gente, mulher, isso conta muito, né. Para você estar íntima com um homem, quem passou é muito delicado! A menos que seja um companheiro dela já, a menos que seja um marido, a menos que seja um

noivo... pararara. Alguém, mas de fora vir para sua vida desse jeito... ainda é meio complicado (Maria).

Na fala é possível perceber que ela teve a compreensão do seu então namorado, sentiu-se mais segura, conseguindo lidar melhor com a situação, confirmando que quando a mulher tem o apoio do companheiro e a aceitação do novo corpo, ela enfrenta com mais facilidade suas limitações, não ocorrendo rupturas na sua vida sexual (FERREIRA *et al.*, 2011).

Porém, na fala de Maria, verifica-se também que após o término de tal namoro, houve dificuldades em relacionar intimamente com um novo companheiro que desconhecesse seu corpo. Por não ter mais relacionamento estável, ela depara com o medo de ser rejeitada. Assim, tem dificuldades em começar um relacionamento íntimo e sexual:

Eu tenho um, assim, um caso... [risos]. Um que de vez em quando... que eu ainda não tive coragem de mostrar... e ele sabe! Mas eu não tive coragem de mostrar, e não gosto que ele passa a mão no meu seio! É, mas... então, assim, não por mim, não por mim... [...] (Maria).

Ela fica constrangida pela incerteza de como essa imagem será recebida pelo seu novo parceiro. Dessa forma, evita se despir e ser tocada pelo o mesmo, por não sentir-se atraente sem a mama.

Já a Joana afirma que não tem nenhum companheiro. Isso é um alívio para ela, pois, assim, não é cobrada a fazer uma reconstituição mamária: “Não, não, eu sou sozinha. Graças a Deus [risos]. Acho que não tenho mais paciência, tempo... não me imagino mais não, já tô com 44 anos... [risos]” (Joana). Para Joana, expor a sua deformidade é algo considerado doloroso, por isso evita relacionamentos, dando justificativas relacionadas a idades, como se ela perdesse a feminilidade e não fosse capaz de excitar-se novamente.

Joana relata essa circunstância com risos, o que possivelmente demonstra sua forma de defesa frente à impossibilidade e descrença na possibilidade de envolver-se com outro homem. Percebe-se como ela trata o fato, como piada, sendo o riso representante de uma possível negação.

Os dados revelaram que as participantes, no que se refere aos relacionamentos amorosos, associam a sexualidade ao aspecto genital, e durante as relações sexuais sentem-se inibidas e tendem ocultar a mama mutilada. Tal conflito é resolvido quando a mulher mastectomizada torna-se capaz de aceitar e reconhecer sua nova imagem corporal (ALMEIDA, 2006).

3.2 Perdas e limitações

O adoecer e o tratamento fizeram com que as participantes perdessem algo além da mama, tal como o cabelo, a feminilidade, a autoestima e o trabalho. A queda do cabelo é vivenciada pelas participantes como um dos momentos mais significativos do tratamento. Essa perda mostra a doença concreta, o que se observa nos relatos.

Olha, assim, né, fácil não é não, a queda de cabelo. Quando vai caindo o cabelo e você vai vendo, e você passa a mão e vai caindo um tanto, vai saindo um monte, fácil não é não! Agente sente frio, sente muito frio na cabeça, eu falava assim; nossa que coisa ruim esse frio, sentia frio, aí colocava o lenço (Joana).

Ele era aneladinho... eu gostava dele, foi difícil acostumar, ficar careca. Quando começou a cair meu cabelo eu fiquei desesperada, danei a chorar, fiquei feia, literalmente, eu fiquei muito feia, as pessoas olhavam para mim com dó e não gosto disso (Maria).

Para as entrevistas, os cuidados com os cabelos sempre estiveram em evidência, e percebe-se que essa preocupação tornou-se maior quando eles começaram a cair, mostrando os sinais clínicos do tratamento, desencadeando um sentimento de tristeza e até de reclusão, o que acarretou abalo em seus estados emocionais.

Outro aspecto citado por uma das participantes durante a entrevista foi a perda da feminilidade e da autoestima, estigmas que a levaram a conviver com sentimentos negativos e preconceitos nutridos por ela mesma: “Foi um baque, me vi assim sem graça. Não queria nem me olhar no espelho, para não assustar [risos], e foi assim por um bom tempo, modifiquei meu guarda-roupa, mas não adiantou, eu estava sem graça, muito sem graça...” (Joana). Percebe-se sua dificuldade em lidar com o próprio corpo no período pós-mastectomia. O primeiro contato com seu corpo operado gera um sentimento de estranheza e sofrimento, o que a impede de se identificar, evitando não se deparar com a nova imagem refletida no espelho.

Diferente de Joana, Maria não relatou questões ligadas à feminilidade e à autoestima como sendo um fator relevante, possivelmente pelo fato da participante ter passado pelo processo de reconstrução mamária e apresentar-se com uma autoestima elevada. Percebe-se a autoestima de Maria através da vaidade apresentada durante a entrevista – roupas e maquiagem.

Outro fator observado foi o abandono das atividades laborais em decorrência das limitações da mastectomia, foi mais uma perda relevante destacada pelas pacientes entrevistadas.

Uai! Assim [Eu] ficava na merenda, na faxina, o serviço lá era esse. É pesado, e eu não posso mais! Ai eles me aposentaram. Mas na hora que eles me falaram lá que eu tinha aposentado, eu abri a boca para chorar... Não queria aposentar agora por causa disso. Mas, só depois, cê vai vendo, também, que o certo é aquilo mesmo... porque eu não consigo fazer mais o que eu fazia antes, eu não consigo mais fazer né?! Tipo assim, né, forçar o braço! (Joana).

Então, assim, como eu vou trabalhar? Fiz fisioterapia, mas... ham, eu ficava pensando, como é que eu vou fazer, né, porque ainda doía, até hoje dói! Não posso fazer muita força... e para mim, eu, assim, eu até abuso, eu não posso pegar peso. Mas, sinto tanta falta de uma sala de aula... (Maria).

Nesses trechos é possível perceber o lugar de destaque que o trabalho ocupava na vida das participantes, seja pelo fato de ser um meio de sobrevivência, seja pelo tempo da vida a ele dedicado ou pelo fato de ser um meio de realização não apenas profissional, mas também pessoal. Através do trabalho, as participantes dialogavam com o seu meio social e, após uma aposentadoria forçada, elas tiveram suas rotinas interrompidas e a identidade fragmentada.

Após o tratamento, antes da aposentadoria, Joana deparou-se com mais um problema, que foram as discriminações implícitas dos empregadores e dos seus colegas de trabalho, que acreditavam que ela seria incapaz de exercer atividade antes realizada.

Mas, depois eu cheguei em uma conclusão, falei, olha, né? Serviço que dá muita gente né? Acaba que tem gente que aborrece agente! Joga uma piadinha, vai falar alguma coisa... Porque vamos supor, se fica lá fazendo uma coisa mais leve, porque não posso pegar peso, ah.... e o povo vai falar! [...] (Joana)

A esse respeito, vale ressaltar a cultura de valorização do trabalho, e o limite colocado por doenças em relação à produtividade da pessoa, temporária ou permanente. Além disso, o trabalho também exerce sua função de fuga dos problemas pessoais. Portanto, quando a doença limita o trabalho, ela pode estar levando a pessoa a encarar problemas que ela gostaria de evitar (SIMONETTI, 2011).

3.3 Relação médico-paciente em oncologia

Em oncologia, a relação médico-paciente é de suma importância devido à gravidade da doença e ao estigma que muitas vezes acompanha a experiência do paciente. Porém, essa relação é na maioria das vezes delicada, por ocorrer um distanciamento entre as duas partes envolvidas (SILVA *et al.*, 2011).

As entrevistadas demonstraram que durante as consultas de rotinas, a ansiedade e o medo estavam sempre presentes. Percebe-se que quando as participantes procuraram um especialista de oncologia, não gostariam de estar ali, sabiam que iam ouvir coisas que não desejariam, resultando em ansiedade na véspera das consultas e medo do discurso médico. “Nossa! Chegava o dia da consulta eu ficava sem dormir um dia antes, só de pensar em vê o médico e eu sentia meu coração na boca [risos]” (Joana). “Meu médico era bom, mas não sei por que, desde pequeninha não gostava de ir não...” (Maria)

A fim de buscar a diminuição da ansiedade e a promoção de empatia, os oncologistas devem conhecer em profundidade a importância da comunicação dinâmica entre médico e paciente, já que ela é parte fundamental do tratamento (CAPONERO, 2008). Para Silva *et al.* (2011), os profissionais que participam do diagnóstico devem estar minimamente esclarecidos sobre a importância e o impacto que a comunicação exerce, tanto como alento quanto como sofrimento. Quando não existe uma comunicação clara e humanizada por parte do médico, o paciente torna-se resistente à sua fala, interrompendo o tratamento com o mesmo, procurando outro especialista, a fim de cessar sua angústia. Essa situação foi observada na fala de Joana

Eu fui em um médico em Juiz de Fora que eu vim de lá e falei: Nossa, que médico doido [...] Foi assim, bem seco, o médico, aí eu achei estranho, aí eu escutei ele falando e tudo, aí ele já queria operar, aí eu falei, mas já?! E a biópsia? Não. Aí falei que o certo era a biópsia, para saber que tipo era o caroço, mas ele virou pra mim e falou: eu não quero comparações. Aí falei, tão tá... Sai de lá e não voltei nele mais não. Ah! Falei assim, que médico mais doido, quero ir mais nele não (Joana).

A falta de empatia com médico aumentou a angústia da paciente, ocasionando insegurança e medo por submeter-se a uma cirurgia mutiladora sem reconhecer a gravidade do seu quadro. A empatia deixa o paciente mais seguro e disposto a informar com mais desenvoltura seus problemas, sintomas e dúvidas. E a confiança e colaboração do paciente têm importância fundamental para a efetividade dos processos diagnósticos e terapêuticos, indispensáveis ao resultado médico (COSTA, 2010). Como evidencia Joana: “Mas, a doutora M. foi boa, explicou e falou tudo, falou e tudo, falou: não precisa preocupar você vai ficar boa... ela falou assim comigo. Ela passou bem mais confiança, ela foi muito boa”. Essa empatia com a médica facilitou a aceitação e adesão ao tratamento.

Tão importante quanto medicamentos e procedimentos corretos, é a intervenção médica no diálogo com o paciente. Assim, faz-se necessário que os profissionais de saúde, em especial o médico, tenha uma comunicação clara e, sobretudo, humanizada, respeitando a

autonomia do paciente e utilizando seu conhecimento científico a favor da elaboração de propostas que buscam o melhor tratamento (ROCHA *et al.*, 2011).

3.4 Autopercepção após a mastectomia

A representação corporal desempenha um papel importante na construção da autopercepção da mulher mastectomizada, sua relação com o próprio corpo é um elemento constitutivo e essencial da subjetividade (ALMEIDA *et al.*, 2001).

Os relatos referentes a essa categoria dizem a respeito às dificuldades encontradas pelas entrevistas em aceitar seu novo corpo, no pós-mastectomia. Evidencia-se o quão difícil foi deparar com essa nova realidade:

Uma sensação estranha... minha cabeça após a cirurgia ficou estranha, até então a ficha não tinha caído, fui com a intenção, né, de me curar. Mas, pra curar tinha que tirar o peito. Eu acordei, me vi sem o peito, complicado, para uma mulher se vê só com um peito, complicado... Agora não quero fazer reconstituição, o meu já foi perdido (Joana).

Olhar para o espelho e vê que meu seio esta diferente do outro me incomodou, mesmo fazendo a reconstituição. Ajudou, mas as sequelas ficam, né? São marcas, e estão evidentes (Maria).

Percebe-se que Joana se sentiu fragilizada, a mutilação afetou a sua concepção de mulher. Para ela, o seio representava algo além de físico, um poder simbólico, que ao ser castrado torna-se impossível de ser substituído. Maria demonstra constrangimento por olhar-se no espelho e vê as marcas decorrentes da mastectomia, o que contribuiu para que a mesma realizasse o procedimento de reconstituição. Entretanto, ela ressalta que as sequelas físicas são amenizadas após a reconstituição, mas as sequelas psicológicas ainda permanecem.

Os relatos demonstram que a doença provocou uma série de modificações em suas vidas, interferindo sobremaneira no modo como se sentem em relação a si mesmas e como vêm a vida, fazendo com que as mesmas modificassem suas percepções de vida:

Então, depois da doença, comecei fazer tudo direitinho, tudo direitinho... Hoje, acho que estou bem melhor que antes, cuido mais de mim. Só que pensando bem, não sei se tô fazendo tudo certo, às vezes fico insegura, fico triste e preocupada, mas é assim mesmo? (Joana)

Depois do câncer, preocupei mais com as questões alimentares, sai do sedentarismo, comecei terapia, que por sinal adoro... às vezes acho que vou deixar minha terapeuta doida, não paro de falar [risos] (Maria)

No relato de Joana, observa-se que ela começou a se cuidar mais, mudando suas atitudes e comportamentos voltados para a promoção de saúde. Nota-se também que ela preocupou apenas com questões físicas, deixando de lado os aspectos emocionais e sociais. Já Maria desenvolveu hábitos saudáveis relacionados a questões alimentares, a atividades físicas e, além disso, preocupou-se com a melhora dos aspectos emocionais, procurando um suporte psicológico para amenizar as sequelas do seu adoecer.

Para Maria, o estabelecimento de novos propósitos na vida foram resultados dos ajustamentos psicossociais trazidos pelo diagnóstico. Ao aprender e reconhecer que essa patologia pode alterar sua vida diária, ela estabeleceu novas formas produtivas e saudáveis para o futuro.

As reações das participantes frente à mutilação também relacionam-se às suas subjetividades, sendo determinadas pela maneira como elas vivem e convivem com seus corpos desde a infância. O processo de elaboração vivido pelas participantes frente à doença e à perda da mama é semelhante ao processo de elaboração de luto, ou seja, pode ser comparado à perda de um ente querido (ALMEIDA *et al.*, 2001).

3.5 Temor da recorrência

O medo da recorrência do câncer de mama é uma experiência compartilhada por todas as mulheres, em especial as entrevistadas neste estudo, por ser uma constante em suas vidas, sendo capaz de acometer qualquer uma, a qualquer instante (PINHO *et al.*, 2007). Essa possibilidade de recorrência da doença foi ressaltada nos dados, quando as pacientes procuraram compreender o processo de adoecimento e tentaram dar significado a ele: “Então, é, que... porque eu acho que o problema foi que, eu, que eu fiquei muito tempo sem fazer alguns exames, mas olha só, a mamografia estava em dia... vê se pode isso?” (Joana)

Eu estava passando por um momento muito... de separação, que é delicado, meu filho com problemas, a escola sobrecarregada... Então foi tudo muito complicado! Foi... foram coisas... e eu... não conseguia sair, eu não conseguia sair! Então, eu acho... que foi um tantão de coisas muito difíceis... muito difíceis... e que... meu corpo, não suportou, cabeça não deu, e ele falou para mim muito sério, e veio tudo assim... (Maria).

A Joana explica o aparecimento da doença como sendo decorrente de uma condição interna ao organismo, o que deixa transparecer a possibilidade de sua volta. Ao levantar a hipótese da gênese da doença como uma condição biológica, transfere sua responsabilização, direcionando sua culpa para algo orgânico, como forma de enfrentamento.

Maria atribui a causalidade da doença como sobrecarga de fatores emocionais e sociais e deixa transparecer sentimentos de culpa, decorrentes da falta de cuidados próprios. Ela se difere da primeira entrevistada ao assumir a responsabilização de sua doença, sentindo-se culpada por essa somatização: “É como se eu tivesse cumprido uma pena que foi sentenciado, entendeu? E, eu acho, que é assim... você está pagando por uma coisa que você cometeu. De fato sim, né! Porque eu fiz isso comigo, tirando a hereditariedade lá, eu fiz isso comigo... eu fiz isso comigo”.

A preocupação com a recorrência, na busca por compreender a etiologia da doença, é explicitada pelas participantes quando relembram experiências negativas anteriores a ela ou conceitos sobre a mesma. Elas demonstram sinais de preocupação com a possibilidade da volta da doença, retomando conceitos baseados nas experiências vividas:

Peço a Deus todos os dias pra mim ignorar, pra não deixar que tudo volte. Pra não deixar que isso.... vai crescendo dentro de mim alguma coisa que não deve mais. Então, assim, eu fico procurando me resguardar... ah... para evitar, por que eu não sei o que tá lá na frente pra mim, né? Então, tenho medo né, aparece uma pintinha e eu já fico preocupada, pareci um carquinho eu já fico preocupada, eu já fico preocupada. Então, eu tenho um pouco mais, de cuidado comigo (Maria).

A lembrança do diagnóstico inicial gera em Maria o medo de uma provável recidiva da doença, acarretando sentimentos de angústia e ansiedade e fazendo com que ela procure cuidados médicos por qualquer sintoma similar ao vivenciado, além de atender com rigor às solicitações de exames periódicos.

Nesse contexto, encontrar uma causalidade para o câncer de mama pode ter uma importante implicação, em longo prazo, na vida das pacientes, por ocorrer uma busca de significados acerca da doença, o que pode torná-las aptas a conhecerem melhor suas situações. Dessa forma, a atribuição causal pode ser um fator importante, por determinar os tipos de estratégias de enfrentamento que serão adotados (ALMEIDA *et al.*, 2001)

3.6 Mecanismos de enfrentamento

O câncer, por estar acompanhado de sofrimento psicológico, atinge o paciente significativamente, uma vez que o mesmo é surpreendido por um momento de grande estresse, ocasionando mudanças em seu comportamento. Tais comportamentos definirão quais estratégias de enfrentamento serão utilizadas para os momentos de confrontação com a situação de adoecimento (COSTA; AZEVEDO, 2009).

O termo “enfrentamento” é usado com o mesmo sentido da palavra *coping*, que significa a estratégia ou esforço cognitivo e comportamental. Seus mecanismos são definidos como um processo inconsciente, em que o sujeito administra as demandas em relação às situações vivenciadas e as emoções presentes a fim de minimizar, tolerar, aceitar e tentar controlar a sobrecarga que lhe é atribuída (COSTA; AZEVEDO, 2009).

Segundo Liberato (2008), são cinco as principais funções do enfrentamento. A primeira consiste em diminuir os fatores ambientais que causam danos, aumentando a possibilidade de recuperação. A segunda função refere-se a tolerar eventos e realidades negativas. A terceira é manter uma alta imagem positiva diante da adversidade. A quarta função é manter o equilíbrio emocional. E a quinta é relativa à conservação dos relacionamentos satisfatórios com os outros.

Nos dados obtidos neste estudo, é possível verificar que as entrevistadas dispuseram de mecanismos para enfrentar suas patologias. Observou-se a presença das fases descritas por Kübler-Ross (1989) e a presença do *coping* espiritual:

3.6.1 Fases da Kübler-Ross

A psiquiatra norte-americana Elizabeth Kübler-Ross dedicou-se ao estudo dos mecanismos de enfrentamentos em pacientes oncológicos terminais e os nomeou como sendo as cinco fases do luto, presente em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, de 1989 (SIMONETTI, 2011).

Kübler-Ross evidenciou a existência de cinco fases de enfrentamento possíveis, categorizando-as em: fase de negação ou isolamento, fase de raiva ou revolta, fase de barganha, fase de depressão e fase de aceitação ou enfrentamento. Elas não são obrigatórias, não se sucedem pela mesma ordem e podem coincidir. Chegou também à conclusão que nem todos os pacientes enfrentam todas as fases identificadas, embora experimentem, em geral, pelo menos duas delas (KUBLER-ROSS, 1989).

As fases descritas por Kübler-Ross (1989) são claramente percebidas nas falas das participantes entrevistadas.

No relato de Joana, nota-se, conforme Simonetti (2011), que na posição de negação, ela age como se a doença simplesmente não existisse ou minimiza sua gravidade e adia as providencias e cuidados necessários.

Eu vejo como se eu não tivesse nada, como se não fosse nada, nada, nada. Tipo assim, sabe, como eu não tivesse nada, como se fosse uma gripe, aí a gripe acabou,

não pensei: nossa foi grave! [...] Eu não fiquei pensando na doença, pra mim não estava doente [...] E com o médico eu falava isso, eu não tenho nada doutor Frederico, eu não tenho nada [...] (Joana).

Conforme o relato, ela agiu como se a doença não existisse ou fosse uma mera gripe, característica da posição de negação. A negação é a única possibilidade imediata diante da doença, pela qual a paciente nega inconscientemente sua patologia como forma de se proteger da verdade (SIMONETTI, 2011).

A negação pode também assumir outras formas e, de acordo com Simonetti (2011), uma delas consiste em enxergar a doença no outro, como uma projeção. Essa foi a maneira utilizada por Joana para amenizar a sua patologia, atribuindo gravidade para outros casos, conforme sua fala: “tinha gente pior, com situações muito piores, tinha gente bem mais fraco [...] eu nunca pensei que eu pudesse ficar naquela situação, não, penso não, eu não estava daquele jeito, não era assim..., tinha gente bem pior”

Em relação à Maria, a fase da negação não foi evidente em seus relatos, mas não pode-se afirmar que a mesma não passou por essa fase, devido ter realizado apenas uma entrevista com duração de 50 minutos.

Outra fase observada nas entrevistas foi a revolta, momento em que o paciente enxerga a doença e enche-se de uma revolta que pode ser dirigida para qualquer lado: contra a doença, contra a equipe de enfermagem, contra si mesmo ou contra a família. Essa fase geralmente se inicia como frustração por perder a rotina, a liberdade e a autonomia, além da capacidade física (SIMONETTI, 2011).

Joana demonstrou-se revoltada pelas limitações decorrentes da cirurgia: “Nossa, foi um baque pra mim, né! Eu estava bem no serviço, quando vê, adoeci né; sai de licença, fica em casa, adoeceu, né! Foi uma mudança, né, muito... se você vê, bem drástica... eu fiquei com raiva, revoltada... não queria ficar em casa [...]” . Em função da rotina reformulada, ocorre uma mudança brusca em seus hábitos de vida e ela perde o controle de sua própria vida, surgindo sentimentos de raiva e pensamento de injustiça, conforme destaca Simonetti (2011).

Maria dirige sua raiva e revolta para seus familiares, em especial ao ex-marido. Ela age impulsivamente, como forma de descarregar a tensão acumulada, para, assim, solucionar seu problema:

A sorte dele [ex-marido] é o meu filho. Porque se não fosse pelo meu filho... acho que matava [risos]... que, mais na hora da raiva, é complicado né... eu tenho muito medo, assim, acho que todas as pessoas, por mais que agente tenha discernimento na vida, a hora da raiva, é muito complicado. É um momento do extremo... né?! E que sai lá de dentro todos aqueles instintos lá da pré-história, sei lá o que... [...] então é

muito difícil né, e agente dominar essas coisas é muito complicado.... a gente aprender a contar até dez é muito complicado [...] (Maria).

Aqui se observa uma conduta impaciente, que evidencia seu inconformismo com a real situação. Ela exterioriza sua raiva, projetando-a em um ambiente externo.

A depressão foi outra fase presente nas entrevistas. Esse momento é marcado pela desesperança, o paciente não acredita que pode ser curado ou uma possível cura não mais lhe interessa, perde o sentido pela vida. Na posição de depressão, a tendência é para a inatividade, o paciente fica sem ação, apresenta impotência, é um momento em que o sujeito recolhe a libido investida nos objetos para investir no próprio ego (SIMONETTI, 2011). Nota-se nas falas das participantes a presença da palavra “eu”, evidenciando o narcisismo:

Eu queria desistir... É... eu não sabia o que fazer... na hora que ele me falou da doença, isso me deu impacto, depois disso, na hora, eu comecei a chorar! Depois de uns dias eu não queria sair de casa, eu não tinha mais nada para fazer, eu perdi o sentido, eu não quis ficar vendo nem meu filho... era tão ruim tudo! Acho que eu não queria era estar ali...eu não queria! (Joana)

Eu fiquei muito mal, de imediato ao saber da cirurgia eu fiquei sem chão. Era sério o que eu tinha, muito sério, achei que não teria cura... Eu não queria mais viver, eu só pensava em meu filho. Eu já não tinha forças... quase entrei em depressão, só chorava (Maria).

Percebe-se que o dia a dia de Joana é vivenciado como “sem graça”, seus afazeres já não lhe davam prazer, é como se a vida, antes colorida, transcorresse em preto e branco. Já Maria se sente impotente diante da situação, seu estado de saúde é visto por ela mesma como algo mais grave do que realmente é. Assim, ela desacredita em um processo terapêutico.

Outra fase percebida nas entrevistas foi a barganha, em que o paciente busca realizar algum tipo de acordo para que as coisas voltem a ser como antes. Começa-se uma tentativa desesperada de negociação com a emoção, ou com quem achar ser o culpado de sua patologia (KUBLER-ROSS, 1989). Promessas e pactos são comuns nessa situação, como presente nas falas: “Sempre tive fé, conversei com Deus, para Ele me ajudar, falei assim: olha, não me abandona, não! Vou ser uma boa filha, todo dia pergunto para Ele até onde isso vai” (Joana).

Fiz uma promessa, se eu ficasse curada, iria deixar meu cabelo crescer para doar para quem tivesse passando pela mesma situação que eu, promessa é dívida, ele cresce depois, ele cresce depois de novo... [...] Sabia que Ele [Deus] não iria me abandonar, comecei a frequentar mais as missas e fiz duas promessas. Graças a Deus, deu tudo certo, paguei uma até no ano passado (Maria).

É evidente a fase da barganha voltada a Deus como uma tentativa de adiamento da patologia, prometendo mudanças de comportamentos. A troca de uma possível cura e a imposição de meta, além de um prêmio oferecido a Deus; deixar o cabelo crescer para doar como símbolo de vitória e agradecimento.

A fase de aceitação ou enfrentamento foi a mais observada durante as entrevistas. Segundo Simonetti (2011), o enfrentamento é um adeus às ilusões, é um encontro com o real. Nessa fase, na maioria das vezes, o paciente já passou pelas outras posições, deixando para trás suas fantasias de onipotência e impotência, aceitando sua doença de maneira realista.

O pensamento na posição de enfrentamento se caracteriza pela sua amplitude, é bastante inclusivo e não nega aspectos da realidade e da doença, enfrenta a situação com consciência das suas possibilidades e limitações (SIMONETTI, 2011). Observa-se na fala de Joana: “[...] acho que tá bom assim! [A falta do seio] não me incomoda. Tem blusa que eu usava e não uso mais. Olha, nem percebi tanto, eu não acho que aparece tanto com esses sutiãs, eles são especiais, eu não incomodo com isso não, sinceramente [...]” (Joana). Ao ser questionada sobre possibilidade de uma reconstrução mamária, ela ainda demonstra aceitação de seu corpo atual e destaca que buscou soluções realistas para o seu problema, por exemplo, mudando seu vestuário, em especial o sutiã.

O enfrentamento também é uma posição de fluidez emocional, oscila entre luto e luta, todas as emoções se fazem presentes. É possível verificar isso na fala da Maria:

Ate hoje eu me considero assim; alegre, mesmo tendo passado por todos os momentos ruins, porque agente fica, depois da doença, agente não fica igual os outros... às vezes eu acho; até que melhor do que os outros [risos]. Eu não gosto muito de falar isso não, mas eu acho que melhor do que os outros [risos], sem pretensão nenhuma entendeu? Mas, melhor, mas ao mesmo tempo mais frágil. Também né... Então, não é... A gente vem... A gente vem... A gente vem rindo, até agora eu tenho vindo, e sem perder isso aqui, que você está vendo, esse humor que eu acho que é fundamental, sem perder a fé que é fundamental, e... sem deixar que as pessoas pensem que eu ainda sou uma pessoa que engoli um algodão há 15 anos atrás (Maria).

Maria começa a entender a doença não como uma sentença de morte, mas como uma consequência de vida. Ela vivencia momentos de angústia, tristeza, felicidade, alegria, mas tudo passa, dando lugar a outros sentimentos, como de conformismo. Nota-se que a participante aprendeu a desfrutar o prazer das pequenas coisas e tudo que faz está carregado de muita intensidade.

Perceber as fases de enfrentamento vivenciadas pelas entrevistadas é de suma importância para o âmbito da psicologia, pois é através delas que o psicólogo poderá desenvolver mecanismos de intervenção, visando o conforto emocional.

3.6.2 *Cooping* espiritual como estratégia de enfrentamento

A espiritualidade, como estratégia de *coping*, torna-se um recurso importante no tratamento oncológico. Essa categoria reflete a busca de conforto espiritual que aproxima as entrevistadas da fé em Deus, sendo Ele quem as acompanha e consola durante todos os momentos, pois para elas é o único capaz de promover o alívio do sofrimento e a cura da enfermidade.

As seguintes verbalizações das participantes representam os aspectos positivos da espiritualidade:

Foi tudo rápido, dando certo, faz isso, faz aquilo, tudo rapidinho Graças a Deus. E, assim, sempre falando, igual eu falo, tudo é Deus, tudo é Deus, porque assim, primeiro pensava em Deus... sabe Deus?... Eu entreguei para Deus, rezei, rezei, rezei, pedi a Deus e confiei. Eu conversava com Ele todas as noites e pedia (Joana).

Então, é, nunca fui muito apegada a Deus e a gente nessa hora agente torna, porque agente precisa, você precisa. E... não vou dizer que sou fervorosa, mas é... a gente descobre, nada é por acaso, a gente tem uma força e agente sabe o que é... de onde vem eu não sei, mas sei que ela existe, e eu “cato” ela o tempo todo, entendeu? Acho que essa força é Divina sim! (Maria).

Joana refere-se a Deus como alguém capaz de oferecer zelo diante de sua doença. Seu relacionamento religioso foi visto como uma fonte de apoio emocional primária. Seu diálogo com Deus tinha por intuito a obtenção de uma possível cura, o que diminuiria as emoções negativas como raiva, tristeza e ansiedade.

Maria afirma que apesar de nunca ter sido apegada a Deus, ao receber o diagnóstico, como de câncer de mama, buscou um alicerce religioso para suportar tal sofrimento. Sua proximidade com Deus traz conformismo, além de uma reflexão espiritual sobre questões de significados e propósito de vida.

Esses relatos demonstram que o amparo espiritual foi significativo para as participantes, gerou sentimentos como força e coragem para superar os obstáculos; confiança, apoio e consolo para enfrentar os momentos difíceis: “É Deus, meu ponto de apoio, Ele amenizou minha dor, se não fosse Ele não conseguiria, e agora tô aqui bem e forte... [risos]” (Maria). A fé ajudou Maria a reerguer sua vida e aceitar sua nova condição.

A religião e a espiritualidade englobam sentimento, pensamentos e comportamentos que emergem a partir de um ser divino, a fim de uma verdade absoluta. Esses comportamentos e sentimentos variam de acordo com a percepção de cada paciente. Assim, a espiritualidade seria um questionamento pessoal (LIBERATO, 2008).

3.7 A presença da morte no psiquismo

Dentre os sentimentos expressados pelas participantes, o medo da morte foi abordado com ênfase durante as entrevistas. Ao receberem o diagnóstico de câncer de mama, o futuro tornou-se indeterminado, acarretando rupturas significativas em seus cotidianos.

Visto que o câncer tem o estigma de uma doença fatal e assustadora, observa-se nos seguintes relatos que o próprio nome vem carregado de temor e incertezas:

Eu fale com a doutora M., quando descobri, que... eu ia morrer, aí ela disse não. Disse que eu não precisava pensar nisso, porque, assim, eu temo morrer, quando falou de câncer eu falei... assim, eu vou morrer, logo eu pensei nisso, eu preoquei com isso, aí parei de fazer umas coisas, fiquei com medo de complicar meu quadro (Joana).

[...] na verdade, no câncer, agente deixa a morte na beiradinha [risos], agente deixa na beiradinha.... não tá fazendo gol ainda [risos]. Agente não quer chutar pra gol ainda não... sabe? Eu não quero chutar para gol ainda. Então, ela tá ali, batendo na porta toda hora, mas.... (Maria).

Nos relatos é possível verificar a associação do câncer com a morte, o que abalou psicologicamente e socialmente a vida das entrevistadas. Para elas, a morte é vista como a fase final de um ciclo e pensar nisso provoca uma reflexão sobre suas próprias vidas e nas suas crenças. Diante do temor da morte, toda a energia física e psíquica das duas ficou canalizada ao tratamento da doença:

Tem coisa que você não pode ficar pensando muito não [...] só de você pensar que vai morrer, você não faz nada de sua vida não. Eu acho que se você ficar pensando, ficar pensando, sei lá... eu acho que você acaba com sua vida também, e isso eu não quero nem pensar não (Joana).

É... eu tenho ainda, ainda não aprendi a lidar com a morte. Ainda não! Eu tenho um medo muito grande de.... é como eu disse, eu lutei tanto, ainda tenho tanta coisa para viver aqui. Eu não tô preparada para isso, nunca estive, não estou. Todo dia peço em minhas orações que Deus me dê uma boa noite... tranquila... e que me permita amanhecer... para viver. Eu tenho sim medo de morrer, não quero! É, acho que eu, nem a sociedade, estamos preparadas para a morte (Maria).

Cada uma delas enfrentou a questão da morte do seu jeito, de acordo com suas histórias de vida e suas subjetividades. A não aceitação da morte é decorrente de fatores pessoais e, sobretudo, sociais, além de filosóficos, pois o que se teme não é a morte, e sim o morrer (GUERRA, 1998 *apud* VALE, 2014).

CONCLUSÃO

O desenvolvimento desta pesquisa permitiu uma breve explanação sobre o câncer de mama e a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher, além da compreensão sobre o poder simbólico da mama e a análise das alterações físicas, emocionais e sociais de uma mutilação.

Em decorrência dos mitos e tabus que a sociedade criou em relação ao câncer, aqui em especial ao de mama, a relação social de uma mulher com esse diagnóstico torna-se conturbada, principalmente quando ela se submete à mastectomia. Embora seja um procedimento eficaz no tratamento da doença, a mastectomia acarreta sentimentos conflitantes na vida de quem se submete. A retirada das mamas pode provocar na mulher um sentimento de castração, além de um abalo na imagem corporal.

Como se viu ao longo do estudo, o seio é um símbolo de valor, um órgão associado à feminidade, ao prazer, à fertilidade e saúde. Consequentemente, é um órgão insubstituível e sua retirada ocasiona uma limitação estética e funcional de repercussões físicas e psíquicas, já que representa, em um nível inconsciente, a morte simbólica dessa mulher.

A sociedade atual cultua o corpo feminino perfeito e erótico, sendo as mamas o símbolo de identificação da mulher. Esse culto evidencia a existência de pré-conceitos na imagem da mulher mastectomizada, por parte delas mesmas e da sociedade. Portanto, após a mastectomia, a paciente vivencia um afastamento social em virtude dos padrões de beleza impostos pela sociedade.

Considerar esses aspectos psíquicos nas propostas de atenção à mulher mastectomizada é mais que necessário, torna-se indispensável. Essa reflexão justifica a existência e a necessidade de pesquisas e estudos como este, que visam conhecer e compreender o impacto desse procedimento cirúrgico no psiquismo da mulher.

Após contextualizar o câncer, mais precisamente o câncer de mama e suas relações psíquicas, sobretudo, em decorrência da mastectomia, as entrevistas com duas pacientes mastectomizadas e as análises dos dados obtidos neste estudo possibilitaram a compreensão de uma alteração marcante na vida dessas pacientes. A mulher, ao descobrir-se com câncer de mama, vivencia uma nova trajetória, em que a perda do seio acarreta sentimentos de inferioridade, baixa autoestima, comprometimento na sua autoimagem, preconceito social, limitações físicas, além da perda da sexualidade e feminidade.

A convivência com esses sentimentos negativos significou para as duas mulheres observadas nesta pesquisa a constante incerteza sobre o futuro e a possibilidades da recorrência da doença. Foi possível perceber a constância do sofrimento na trajetória de busca pela cura e suas relações com a percepção que elas tinham de si mesmas como portadoras de câncer e como mulheres castradas.

As repercussões da mastectomia na vida das participantes acarretaram vários mecanismos de enfrentamentos, que variaram desde as fases de Kubler-Ross até o *cooping* religioso, alterando conforme o contexto em que as mesmas se encontravam. Apesar das semelhanças, cada participante vivenciou seu adoecer de forma subjetiva, singular e dinâmica, numa experiência vasta e distinta, envolvendo implicações no seu cotidiano e nas relações de convívio com seus familiares.

Através da pesquisa, foi possível pensar sobre o estigma que a sociedade e as próprias pacientes têm em relação à doença. Portanto, é preciso uma nova reflexão sobre o papel do profissional da área da saúde, em especial do psicólogo, envolvido com o tratamento e a reabilitação do câncer de mama. É a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado em saúde e de um olhar menos fragmentado e estigmatizante da mastectomia que o psicólogo se insere no cuidado a essa mulher e à sua família. Por meio da escuta e do acolhimento, torna-se possível acessar as singularidades que marcam a vida de cada uma. Sendo assim, o psicólogo assume um importante papel, em que considera o sujeito como um todo, e não apenas a doença, dando voz à subjetividade da mulher mastectomizada, a fim de minimizar o nível de angústia desse momento e buscar uma melhor qualidade de vida futura, tendo em vista a repercussão que esses episódios emocionais podem gerar após a doença.

A escuta dessa subjetividade possibilita um elo que acolhe as demandas não médicas, além de reconhecer as peculiaridades das reações do paciente: como ocorre a sua adaptação, como respondem as suas resistências, de que esperanças e medos falam e, principalmente, como tudo isso estrutura sua individualidade.

Espera-se que esta pesquisa desperte nos profissionais da saúde a reflexão acerca dessa problemática, com o intuito de ampliar os estudos e a prática do cuidar das dores decorrentes do processo desse adoecer. Dessa forma, este estudo pode funcionar como subsídio para futuras pesquisas que visem a contribuir, também, com o delineamento de novas práticas de intervenções psicológicas voltadas para mulheres mutiladas. Práticas essas baseadas em um olhar mais amplo de modo a contemplar as vivências, os significados e as experiências dessas mulheres mastectomizadas.

REFERÊNCIAS

ABREU, Evaldo de; KOIFMAN, Sérgio. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n.1, p.113-131. Jan./fev./mar. de 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/Rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

ALMEIDA, Raquel Ayres de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 99-113, dez. de 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2015.

ALMEIDA, Ana Maria de; MAMEDE, Marli Villela; PANOBIANCO, Marislei Sanches; PRADO, Maria Antonieta Spinoso; CLAPIS, Maria José. Construindo significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.5, p.63-69, set. de 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7800.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

ALVES, Ana Maria da Costa Neto. **Aleitamento Materno**: breve perspectiva histórica. 1991. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Universidade do Porto, 1991. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/64205/5/67323_91-02T_TL_01_P.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

ALVES, Zélia Mana Mendes Biasoli *et al.* Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia** (Ribeirão Preto) 1992, n.2, p.61-69. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/paideia/article/viewFile/46422/50178>> Acesso em 20 out. 2015.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto. (Org.). **Psicologia hospitalar**: teoria e prática. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Cengage Learning, 2010. 106 p.

ARAÚJO, Letíelle Tonon. **Crescimento pós-traumático em mulheres acometidas por câncer de mama**: revisão sistemática da literatura. 2013. 136 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Uberlândia, 2013. Disponível em: <<http://penelope.dr.ufu.br/bitstream/123456789/3727/1/CrescimentoP%C3%B3straum%C3%A1ticoMulheres.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2015.

AURELIANO, Waleska de Araújo. A destruição da parte e a (re)construção do todo: identidade e corpo na experiência do câncer de mama. **Revista Antropológicas**, Recife, v. 18, n. 1, p. 239-274. 2007. Disponível em: <http://www.academia.edu/8678127/A_destrui%C3%A7%C3%A3o_da_Parte_e_a_re_constr>

u%C3%A7%C3%A3o_do_Todo_Identidade_e_corpo_na_experi%C3%A2ncia_do_c%C3%A2ncer_de_mama> Acesso em 10 set. 2015.

AURELIANO, Waleska de Araújo. E Deus criou a mulher: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 49-70, jan./abr. de 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a04v17n1.pdf>>. Acesso em: 18 ago. 2015.

AZEVEDO, Guinar *et al.* Câncer na população feminina brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 68-75, 1993. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/23944/25909>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CESAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; TORRE, Graciella Dalla. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2006. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 911-926, out./dez. de 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n4/32329.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2015.

BERVIAN, Patrícia Isabel; GIRARDON-PERNINI, Nara Marilene Oliveira. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 121-128, abr./maio/jun. de 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf> Acesso em: 17 set. 2015

BRANDBERG, Y, et al. Psychological reactions, quality of life, and body image after bilateral prophylactic mastectomy in women at high risk for breast cancer: a prospective 1-year follow-up study. **J Clin Oncol**, v. 26, n. 24, p. 3943-3949, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18711183>> Acesso em: 20 out. 2015.

BORGES, Alini Daniéli Viana Sabino. Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v11n2/v11n2a14.pdf>> Acesso em: 24 set. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Controle do câncer de mama documento de consenso**. 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1932>. Acesso em 10 ago.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer no Brasil**. Registro de base populacional. 2010. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/cancernobrasil/2010/>>. Acesso em 10 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A mulher e o câncer de mama no Brasil**. 2014. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/wcm/outubro-rosa/2014/exposicao-mulher-cancer-de-mama.asp>>. Acesso em: 20 ago. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ministério da Saúde garante acesso ao diagnóstico do câncer de mama**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/9388-k-saude-garante-acesso-ao-diagnostico-do-cancer-de-mama>>. Acesso em: 13 abr. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ministério da Saúde expande acesso ao tratamento oncológico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sas/saude-damulher/noticias-saude-da-mulher/10405-ms-expande-acesso-ao-tratamento-oncologico>>. Acesso em: 10 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Incidência de câncer no Brasil**, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2015/>>. Acesso em: 15 abr. 2015.

CAMARGO, Teresa Caldas. **O ex-sistir feminino enfrentando a quimioterapia para o câncer de mama: um estudo de enfermagem na ótica de Martin Heidegger**. 2000. 193 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2000. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/ex-sistir_feminino_teresa.pdf> Acesso em: 25 set. 2015.

CANGUSSU, Renata de Oliveira; SOARES, Thiago Barbabela de Castro; BARRA, Alexandre de Almeida; NICOLATO, Rodrigo. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de Beck - Short Form. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 106-116, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a05v59n2.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CAPONERO, Ricardo. Biologia do câncer. In: FRANCO, Maria Helena Pereira; KOVACS, Maria Júlia; CARVALHO, Vicente Augusto (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**, São Paulo: Summus, 2008. Cap. 2, p. 32-39.

CARERO, Ângela; ROCHA, Margarete; ARRUDA, Maria de Lourdes Barbosa de; GADELHA, Maria Emilia Cardoso. **Câncer e Psicossomática**. 2001. 112 f. Monografia (Curso de Especialização em Psicossomática) - Faculdade de Ciências da Saúde, Instituto Brasileiro de Estudos Homeopáticos de São Paulo, 2001. Disponível em:

<<http://www.psicologiapsicossomatica.com.br/acrobat/TCC-Cancer-e-Psicossomatica.pdf>>. Acesso em: 12 ago. 2015.

CARVALHO, Débora Miranda; MARTINS, Carolina; REZENDE, Laura Ferreira de. Sexualidade no pós operatório de câncer de mama. **Pensamento Plural: Revista Científica do Unifae**, São João da Boa Vista, v. 5, n. 2, p. 60-64. 2009. Disponível em: <http://www.fae.br/2009/PensamentoPlural/Vol_5_n_2_2011/Artigo%2010.pdf> Acesso em: 20 set. 2015.

CASTRO, Regina. Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.55, n.1, p.41-48, jan./fev./mar. de 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v01/pdf/08_artigo_cancer_na_midia.pdf>. Acesso em: 15 set. 2015.

CESNIK, Vanessa Monteiro; SANTOS, Manoel Antônio dos. Mastectomia e sexualidade uma visão integrativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 339-349. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a16v25n2.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CHIATTONE, H. B. C. Uma vida para o câncer. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **O doente, a psicologia e o hospital**. 3.ed. São Paulo: Pioneira, 1996.

COSTA, Fabrício Donizete da; AZEVEDO, Renata Cruz Soares de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Campinas, v. 34, n. 2, p. 261 -269, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v34n2/a10v34n2.pdf>> Acesso em 19 out. 2015.

CRUZ, Sabrina Uzêda. *Corpos em evidência: imagens de mulheres nas propagandas de cervejas*. 142 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Interdisciplinares sobre Mulheres, Gênero e Feminismo)- Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, 2008. Disponível em: <http://www.direitoacomunicacao.org.br/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=367&Itemid=99999999>. Acesso em: 10 out. 2015.

DÂNGELO, José Geraldo. **Anatomia humana básica**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2003. 184p.

DELLAROZA, Mara Solange Gomes, FURUYA, Rejane Kiyomi; CABREIRA, Marco Aparecido Sarria; MATSUO, Tiemi; TRELHA, Selita; YAMADA, Kiyomi N.; PACOLA, Lilian. Caracterização da dor crônica e métodos analgésicos utilizados por idosos da comunidade. **Rev. Assoc. Med. Bras**, São Carlos do Pinhal, v. 54, n. 1, p. 36-41, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/18.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

FERREIRA, Dayane de Barros, FARAGO, Priscila Moreira; REIS, Paula Elaine Diniz; FUNCHETTO, Silvana Schwerz. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3 p. 536-544, maio/jun. de 2011. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/11885/1/ARTIGO_NossaVidaAposCancer.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2015.

FERREIRA, Simone Mara de Araújo, PANOBIANCO, Marislei Sanches; GOSSO, Thaís de Oliveira; ALMEIDA, Ana Maria. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. **Revista de Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 835-842, jul./set. de 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a33.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2015.

FRANCO, Maria Helena Pereira. A família em psico-oncologia. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 358- 361.

GANZ, Patrícia A; SCHAG, Anne Coscarelli; LEE, Jack; POLINSKY, Margaret L.; TAN, Shu-Jane. Breast conservation versus mastectomy. Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? **Cancer**, Philadelphia, v. 69, n. 7, p. 1729- 1738. apr./1992. Disponível em: <[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19920401\)69:7%3C1729::AID-CNCR2820690714%3E3.0.CO;2-D/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19920401)69:7%3C1729::AID-CNCR2820690714%3E3.0.CO;2-D/pdf)>. Acesso em: 18 out. 2015.

GERALDINI, Marlilenin Calazans Correia; MOURA, Ludmila de. Sentimentos relatados por mulheres mastectomizadas: uma revisão sistematizada. **Revista UNINGÁ**, Maringá, n. 38, p. 175-188, out./dez. de 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20140131_112004.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2015.

GIMENES, M. G. G. **Definição, foco de estudo e intervenção**. In: CARVALHO, M. M. M. J. Introdução à Psicologia. São Paulo: Livro Pleno, 2003. p. 35-63.

GUYTON, Arthur C.; HALL, John E. **Tratado de fisiologia médica**. Tradução de Charles Alfred Esbérard, 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

INCA. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Sofrimento psíquico do paciente oncológico o que há de específico?** Brasil: INCA, 2014. Cadernos de Psicologia, v. 2. Disponível em:

<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/comunicacao/Cadernos_de_Psicologia_internet.pdf>
Acesso em: 17 abr. 2015.

INOCENTTI, Aline. A experiência da reconstrução mamária para mulheres com câncer de mama. 2012. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-27032012-153340/en.php>>. Acesso em 20 set. 2015.

KEPPKE, Edwald Merlin. Reconstituição mamária imediata com uso de retalho miocutâneo reto abdominal. In: MONTORO, Antonio Franco GIANNOTTI FILHO, OSWALDO; FERREIRA, Alberto Carlos; VALENTE, Carlos Alberto; PETRILLI, Cláudio L. M; POSSIK, Rafael A. MELEGA, José Marcos (Orgs.). **Alternativas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama**. São Paulo: Brandepca, 1987. p. 310-318.

KNOBEL, Elias; ANDREOLI, Paola B. de Araújo; ERLICHMAN, Manes R. **Psicologia e humanização**: assistência aos pacientes graves. São Paulo, 2008. 375 p.

KUBLER-ROSS, Elizabeth. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução de Paulo Menezes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000. 295 p.

LEDERMAN, Marcos W. Radioterapia e câncer de mama. In: In: MONTORO, Antonio Franco GIANNOTTI FILHO, OSWALDO; FERREIRA, Alberto Carlos; VALENTE, Carlos Alberto; PETRILLI, Cláudio L. M; POSSIK, Rafael A. MELEGA, José Marcos (Orgs.). **Alternativas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama**. São Paulo: Brandepca, 1987. p. 23-25.

LIBERATO, Regina Paschoalucci. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 414- 429

MACIEIRA, Rita de Cássia; MALUF, Maria Fernanda. Sexualidade e Câncer. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs.). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 303-313.

MARTÍNEZ, Viviana Carola Velasco; SOUZA, Ivi Semiguel Freitas de. O mito das Amazonas em cena: uma discussão psicanalítica sobre a feminilidade e o gênero. **Caderno de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 30, p. 171-197, jan./jun. de 2014. Disponível em: <

<http://cprj.com.br/imagenscadernos/caderno30_pdf/11_O_mito_das_Amazonas_em_cena.pdf> Acesso em 13 out. 2015.

MARUYAMA, Sônia Ayako Tao; COSTA, Aldenan Lima Correa da; SANTO, Elisete Aparecida Rubira do Espírito; BELLATO, Roseney; PEREIRA, Wilza Rocha. O corpo e a cultura como locus do câncer. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 171-175, maio/ago. de 2006. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/6880/4886>>. Acesso em: 19 ago. 2015

MISTURA, Claudelí; MISTURA, Claudia ; GIRARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira ; SANTOS, Vera Cristina Dorneles; BRUINSMA, Jamile Lais; ROSA, Bruna Vanessa Costa da. Enfrentando o desconhecido: mulheres mastectomizadas em tratamento de quimioterapia. **Revista Contexto Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 929-932, jan./jun. de 2011. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1698/1408>> Acesso em: 12 out. 2015.

MONTEIRO, Gabriela Alves *et al.* O dilema da decisão de mastectomia bilateral como prevenção do câncer de mama: aspectos éticos e bioéticos. **Revista Bioética**, São Camilo, v. 5, n. 4, p. 443-450, 2011. Disponível em: <<http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/89/A11.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2015.

MOREIRA, Heleno; CANAVARRO, Maria Cristina. Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, 2012, v.13, n.2, p.169-190. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a04.pdf>>. Acesso em 20 out. 2015

MUNHOZ, Alexandre Mendonça; ALDRICHI, José Mendes. Reconstrução mamária pós-câncer de mama: há como reduzir a morbidade? Ver. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 50, n. 3, p. 229-251, jul./set. de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n3/21633.pdf>> Acesso em: 23 set. 2015.

OLIVEIRA, Lorena Bezerra; DANTAS, Ana Cristina Lima Maia Dantas; PAIVA, Júlia Carlos; LEITE, Laênia Pereira Leite; FERREIRA, Pedro Henrique Lopes; ABREU, Thaís Melo Azevedo. A feminilidade e a sexualidade da mulher com câncer de mama. **Revista Científica da Escola de Saúde**, Natal, v. 3, n. 1, p. 43-53, out. 2013/ mar. 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/363/355>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

OTHERO, Marília Bense. Terapia ocupacional em oncologia. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena

Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 456-464.

PERDICARIS, A. André Magoulas. A cirurgia de câncer e suas fronteiras. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs). **Temas em psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 145-149.

PEREIRA, Sandrine Gonçalves; ROSENHEIN, Daniele Portella; BULHOSA, Michele Salum; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Vivências de cuidado da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6, p.791-795, nov./dez. de 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672006000600013&script=sci_arttext> Acesso em: 17 set. 2015.

PINHO, Luana de Souza, CAMPOS, Antonia do Carmo Soares; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; LOBO, Sâmia Aguiar. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Rev. Eletr. Enfer.**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 154-165, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm>>. Acesso em: 20 out. 2015.

PSILLAKIS, Edwald Merlin. Reconstituição mamária imediata com uso de retalho miocutâneo reto abdominal In: MONTORO, Antonio Franco; GIANNOTTI FILHO, OSWALDO; FERREIRA, Alberto Carlos; VALENTE, Carlos Alberto; PETRILLI, Cláudio L. M; POSSIK, Rafael A. MELEGA, José Marcos (Orgs.). **Alternativas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama**. São Paulo: Brandepca, 1987. p. 310-318.

RAMESH, Shukla N. K.; BHATNAGAR, S. Phantom Breast Syndrome. **Indian J Palliat Care**. 2009, v. 15, n. 2, p.103–107. US National Library of Medicine National Institutes of Health Searchdatabase. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2902108/>>. Acesso em: 17 set. 2015.

ROCHA, Bruno V; GAZIM, Caio C.; PASETO, Camila V.; SIMÕES, João Carlos. Relação Médico Paciente. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 114-118, 2011. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/viewFile/8/13>>. Acesso em: 19 out. 2015.

REGIS, Madalena de Fátima; SIMÕES, Sonia Mara Faria. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 07, n. 01, p. 81-86, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/851>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

SALVAJOLI, Bruno. A experiência em cirurgia conservadora para câncer mamário no Instituto Nacional dos Tumores de Milão – Itália. In: MONTORO, Antonio Franco; GIANNOTTI FILHO, Oswaldo; FERREIRA, Alberto Carlos; VALENTE, Carlos Alberto; PETRILLI, Cláudio L. M; POSSIK, Rafael A.; MELEGA, José Marcos (Orgs.). **Alternativas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama**. São Paulo: Brandepca, 1987. Cap.2 , p. 13-22.

SAMPAIO, Ana Cláudia Paranzini. **Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia**. 2006. 84 f. Dissertação (Pós- Graduação em Psicologia Clínica) - Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, 2006. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.puccampinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2006-0330T081631Z-1151/Publico/ana%20claudia.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SANTOS, Daniela Barsotti. **Sexualidade e imagem corporal de mulheres com câncer de mama**. 2012, 244 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-16012013-134831/pt-br.php>> Acesso em: 27 set. 2015.

SAUAIA, Galvani Ascar; GARCIA, João Batista Santos. Sensação e dor da mama fantasma em pacientes mastectomizadas. **Revista Brasileira de Medicina**, p. 434-439, 2004. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3135&fase=imprime> Acesso em: 10 out 2015.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out./dez. de 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>>. Acesso em: 23 fev. 2015.

SILVA, Carlos Maximiliano Gaspar Carvalho Heil *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades de comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1457- 1465. 2011, Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16s1/a81v16s1.pdf>> Acesso em 10 out. 2015.

SILVA, Eder Dias da *et al.* Câncer de mama uma doença temida: Representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 730-742. 2012. Disponível em: <http://gestaoesaude.bce.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/164/pdf_1>. Acesso em: 10 out. 2015.

SILVA, Francislaine, BERVIQUE, Janete de Aguirre. Psico-oncologia: lidando com a doença, o doente e a morte. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, v. 3, n. 5, p.

1-10, 2005. Disponível em:

<http://www.faei.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/ZrorgJNimECIQGP_2013-4-30-16-28-51.pdf>. Acesso em: 14 set. 2015.

SILVA, Pedro Altenfelder; SANTOS, Carolina de Melo. Reação de ajustamento em oncologia. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p. 271-275

SILVA, Rayane Isabela Tavares. Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas: uma revisão bibliográfica, 2013. 16 f. Dissertação (Pós-graduação em Psicologia). Disponível em: <<http://www.repositorio.uniceub.br/handle/235/4529>>. Acesso em: 20 set 2015.

SILVA, Shirley de Souza; AQUINO, Thiago Antonio Avellar; SANTOS, Roberta Montenegro dos. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 73-88, dez. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n2/v4n2a06.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015

SIMONETTI, Alfredo. **Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. 200 p.

SOARES, Renata Goltbliatas. Aspectos emocionais do câncer de mama. **Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia**, São Paulo, v. 6, n. 3, jul./ago./set. 2009. Disponível em: <http://www.sbpso.org.br/_newsletter/boletins/boletim_julho_agosto_setembro_2009/cancer_de_mama.pdf>. Acesso em: 24 set. 2009.

SOUZA, Ângela Maria Fausto. **Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária**. 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://teses.icict.fiocruz.br/pdf/angelaFausto.pdf>>. Acesso em 29 set. 2015.

STANTON, Annette L *et al.* Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 68, n. 5, p. 875-882. 2000. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2000-02835-013>>. Acesso em: 20 out. 2015.

STUMM, Eniva Miladi Fernandes; LEITE, Marinês Tambara; MASCHIO, Gislaíne Maschio. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado com pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**, 2008, v. 13, n 1, p. 75-82. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11955/8436>>. Acesso em: 20 out. 2015.

TAMBURRINO, Gina. Subjetividade e câncer de mama: transformações a partir do adoecer. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 5, número especial, p. 19-28, 2007. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=4743&fase=imprime> Acesso em: 10 out. 2015.

TEIXEIRA, Elizabeth Batista; PIRES, Eliana Ferrante. Psico-oncologia: proposta de trabalho de apoio psicossocial aos pacientes com câncer. *Revista Saúde*, Guarulhos, v. 4, n. 1, p.192-196, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ung.br/index.php/saude/article/view/265/621>>. Acesso em: 28 set. 2015.

VALE, Carla Cristina Soares de Oliveira. Paciente Comatoso: Sujeito e Objeto. 2014. 119 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/ppgpsiologia/files/2010/01/Carla-Cristina-Soares-de-Oliveira-do-Vale.pdf>> Acesso em: 19 abr. 2015.

VEIT, Maria Tereza; CARVALHO, Vicente Augusto. Serviços de Psico-oncologia: configuração e implementação. In: CARVALHO, Vicente Augusto; MACIEIRA, Rita de Cássia; LIBERATO, Regina Paschoalucci; VEIT, Maria Teresa; KOVÁCS, Maria Júlia; GOMES, Maria Jacinta Benites; FRANCO, Maria Helena Pereira; BARROS, Luciana Holtz de C. (Orgs.). **Temas em Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008. p.531-542.

VENÂNCIO, Juliana Lima. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2015.

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes, SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola Enfermagem USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, jun. 2006. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

VIEIRA, Reconstituição mamária com retalho miocutâneo. In: MONTORO, Antonio Franco; GIANNOTTI FILHO, Oswaldo; FERREIRA, Alberto Carlos; VALENTE, Carlos Alberto; PETRILLI, Cláudio L. M; POSSIK, Rafael A.; MELEGA, José Marcos (Orgs.). **Alternativas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama**. São Paulo: Brandepca, 1987. p. 304-309.

ZECCHIN, Rúbia Nascimento. **A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. 178 p.