

Ministério da Saúde  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

## **ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Por: Juliana Scalzo Rocha Nunes

Dezembro 2007

Rio de Janeiro

Ministério da Saúde  
Fiocruz  
Fundação Oswaldo Cruz  
Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

## **ASPECTOS PISCOSSOCIAIS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

Por: Juliana Scalzo Rocha Nunes

Monografia apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para a conclusão do curso de Ensino Médio e Técnico de Nível Médio em Laboratório de Bodiagnóstico em Saúde.

Orientador: Marcos Antônio Pereira Marques  
Co-orientadora: Elaine Teixeira Rabello

Dezembro de 2007

Rio de Janeiro

Monografia - 10 de dezembro de 2007

Banca examinadora

---

Marco Antonio P Marques  
EPSJV/ Fiocruz  
orientador

---

Elaine Rabello  
Uerj  
Co-orientadora

---

Pilar Belmonte  
EPSJV/ Fiocruz  
Membro da banca examinadora

---

José Paulo Vicente da Silva  
EPSJV/ Fiocruz  
Membro da banca examinadora

Dedico esta monografia a Zilda Scalzo Neves Rocha, *in memoriam*.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela minha existência; depois a meus pais, Olânova e Jorge Luiz por, além de terem me posto no mundo, também terem me criado e educado de forma brilhante. Sempre mostrando que somente com dignidade e caráter conseguimos alcançar nossos objetivos e que desafios existem para serem vencidos.

Ao meu irmão André Luiz por além de contribuir bastante para meu crescimento, ter me aturado em todos os momentos. A meus avós, Zilda, embora não esteja mais entre nós tenho certeza que continua junto comigo, e Manuel pelo grande apoio e torcida.

Ao Marcos Antônio, conhecido carinhosamente por Marquinhos, por ter aceitado meu convite para orientação. À Elaine Rabello, por ter aceitado meu convite, por me perguntar sempre o porquê das minhas palavras. E a ambos pelos “puxões de orelha”, pelo enorme carinho e dedicação, por terem vibrado junto comigo a cada conquista.

Agradeço às entrevistadas pelo tempo dedicado, atenção e respeito pelo meu trabalho.

E a todos que ajudaram de forma direta e indireta, sempre dando dicas e informando o melhor caminho a ser seguido. Aos meus amigos pelos conselhos, paciência, pela presença na apresentação deste trabalho e, claro, pela amizade.

E por fim agradeço a mim pela escolha do tema, pela perseverança e dedicação a este trabalho.

## RESUMO

O objetivo deste estudo é compreender as possíveis alterações nas relações interpessoais em seu aspecto psicossocial de mulheres mastectomizadas. Este estudo foi realizado a partir de revisões bibliográficas, relatos e depoimentos adquiridos com os profissionais que trabalham com estas mulheres. Nestes relatos, coletou-se informações sobre como ficou a rotina e as relações pessoais destas mulheres após a mastectomia, e quais são as suas perspectivas quanto ao futuro. A partir desses dados, foi realizada uma correlação, avaliando como a mastectomia alterou ou influenciou seu comportamento e suas relações sociais.

Palavras-Chaves: mastectomia, mulher e relações psicossociais.

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>INTRODUÇÃO.....</b>   | <b>08</b> |
| <b>I – Do câncer a mastectomia.....</b>  | <b>11</b> |
| 1.1. O que é câncer?.....  | 11        |
| 1.2. O câncer de mama.....   | 12        |
| 1.3. A mastectomia.....  | 16        |
| <b>II – Representações e simbologia do seio para a mulher contemporânea...18</b> |           |
| <b>III – A Trajetória das Entrevistas.....</b>                                   | <b>23</b> |
| 3.1. Métodos e procedimentos.....  | 23        |
| 3.2. Com a palavra os profissionais.....   | 26        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>   | <b>39</b> |
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>   | <b>41</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>   | <b>43</b> |

## INTRODUÇÃO

Vivemos em uma sociedade em que a sexualidade é valorizada, bem como seus símbolos, entre eles, os seios, que são representativos da feminilidade tanto para mulheres quanto para homens. Além de serem vistos como símbolo da sexualidade feminina, são também valorizados por remeterem-se à nutrição e à perpetuação da espécie humana, na forma do aleitamento materno. Assim, o seio abrange grande parte o universo afetivo da mulher e, por isso, sua perda pode ser algo que a afete física e psicologicamente.

De acordo com a Estimativa de Câncer no Brasil para 2006, o câncer de mama é o mais incidente nas mulheres somando 48.930 casos (INCA, 2006). E, segundo Bittencourt (2000), superando o câncer de colo de útero, o câncer de mama é o mais temido por elas devido à sua freqüência e, sobretudo, ao impacto psicológico que provoca, visto que envolve negativamente a percepção da sexualidade e da própria imagem corporal, ficando debilitada a vida psicossocial e afetivo-sexual de mulheres que precisam fazer a mastectomia (retirada total do seio comprometido).

O câncer de mama também pode afetar os homens, levando-os à mastectomia. Porém, há um percentual de incidência muito pequeno, não sendo tão comum quanto o feminino, ocorrendo numa proporção de cem casos femininos para um caso masculino. (INCA, 1996).

Partindo da idéia de que as relações sociais compreendem os vínculos de par, trabalho, família e amigos em geral, pressupõe-se que influenciam questões de auto-estima e auto-imagem. De acordo com esses pressupostos é possível inferir que a mastectomia na mulher, gerando alterações de auto-estima e auto-imagem, terá repercussões em sua vida social e de relacionamentos de par.

Neste estudo, portanto, temos duas hipóteses: a primeira refere-se às alterações nas questões de auto-estima e auto-imagem das mulheres mastectomizadas que afetariam as suas relações sociais; a outra se refere ao discurso desta mulher sobre a experiência, no qual ela relataria estas alterações relacionando-as à mastectomia.

Além da relevância de estudos sobre o desenvolvimento do câncer de mama, verifica-se também a importância de refletir sobre os mecanismos de enfrentamento deste por parte das mulheres. Importa saber como uma mulher mastectomizada encara esta perda, como se dão as alterações em suas relações interpessoais e a sua rotina. Para o profissional técnico em laboratório de biodiagnóstico, este conhecimento é importante, pois possibilita uma visão humanitária de todo o processo do qual o profissional técnico participa de uma parte importante: o diagnóstico. Esta visão favorece um maior cuidado com o material do paciente a

ser analisado, sabendo que, por trás do diagnóstico, está o destino da vida do paciente. Conhecendo outros aspectos do processo que não só o diagnóstico, o profissional de saúde poderá, ao lidar com os pacientes ou com algo que a eles esteja relacionado, refletir e ser mais cuidadoso, pois se trata da vida de um sujeito e do rumo que esta tomará ao longo do processo de tratamento e após o mesmo. E além disto, é importante saber que dentro das Diretrizes Operacionais, do Pacto Pela Vida, um dos compromissos entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno da prioridade que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira, é o controle do câncer de colo de útero e de mama, sendo que o objetivo e meta para o controle do câncer de mama é ampliar para 60% a cobertura de mamografia. (Pactos pela vida, 2006)

Sendo assim, o objeto deste estudo são as possíveis relações entre a mastectomia e as relações psicossociais presentes no discurso de mulheres mastectomizadas. Como objetivo geral o estudo pretende analisar a relação feita entre alterações nas relações psicossociais e a mastectomia no discurso de mulheres que passaram por este procedimento. Os objetivos específicos são:

- Verificar as possíveis alterações nas relações interpessoais em seu aspecto psicossocial de mulheres mastectomizadas acima de trinta e cinco anos e ativas profissionalmente.
- Analisar a relação que estas mulheres fazem entre a mastectomia e tais alterações relacionais.

Este estudo foi realizado a partir de revisões bibliográficas em livros e em artigos publicados que abordam como a mastectomia afetou as atividades cotidianas, a vida sexual e as relações das mulheres mastectomizadas. Temas como auto-estima e auto imagem também foram pesquisados. Foi realizada também uma análise de oito depoimentos de mulheres para o projeto “De Peito aberto, uma abordagem humanista de mulher com câncer de mama” (2005)<sup>1</sup>. Paralelamente a este estudo, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde (psicólogos) que atuam em trabalhos de assistência a estas mulheres, com objetivo de saber quais são as maiores demandas delas e de que forma elas as apresentam, relacionando-as ou não com a mastectomia.

Este trabalho consiste inicialmente em um apanhado geral sobre o que é o câncer, o câncer de mama, abordando os aspectos clínicos, e como este pode se desenvolver até chegar

---

<sup>1</sup> Estes depoimentos estão disponíveis no material informativo do “Projeto De Peito Aberto, uma abordagem humanista da mulher com câncer de mama”, realizado por Vera Golik e Hugo Lenzi, patrocinado pela empresa Sanofi-Aventis.

a uma mastectomia, caracterizando seus tipos. Abrindo-se em uma discussão sobre a auto-imagem feminina, o valor do corpo em nossa sociedade e como se dá esta relação de mulher e corpo, em nossa sociedade contemporânea, a metodologia e os resultados em relação aos objetivos propostos são apresentados e desenvolvidos a partir da voz dos entrevistados. Durante o presente trabalho serão usados trechos dos relatos das entrevistas realizadas com as psicólogas e dos depoimentos do projeto De Peito Aberto.

## I. DO CANCER A MASTECTOMIA

### 1.1 O que é câncer?

Ao longo de nossa vida, as células de nosso organismo sofrem várias divisões celulares e maturação, ou seja, diferenciação celular, para um posterior amadurecimento. Se nosso desenvolvimento orgânico estiver correto, elas morrem de acordo com a necessidade de cada órgão e, posteriormente, outras células se originarão.

O câncer, segundo a Roche (2006), ocorre quando as células de determinado órgão passam a crescer de forma desordenada e incontrolável, comprometendo tecidos e órgãos. Estas células também param de se maturar, isto é, não se diferenciam para amadurecerem, elas estacionam em determinado estágio de maturação.

De acordo com Dousset (1999), as células cancerosas multiplicam-se mesmo que o organismo não tenha esta necessidade. As células se dividem por mitose e assim quando estas chegam à vigésima divisão, já chegaram a 524.228 células. Em consequência à divisão e ao crescimento desordenado e incontrolável das células há a formação de uma massa de tecido, que é denominada massa tumoral ou simplesmente tumor.

Os tumores ou neoplasias são classificados em dois tipos: benigno ou maligno. Estes são definidos por Santos (2003) e Roche (2006) da seguinte forma: tumor benigno não é considerado câncer, possui uma multiplicação lenta, constitui uma massa localizada de células e raramente produz risco de vida, podendo ser removido totalmente com uma cirurgia, sendo suas células incapazes de disseminação e não apresentam indiferenciação celular. Por outro lado, o tumor maligno é considerado câncer, muitas vezes podendo ser removido com cirurgia, mas voltando a se formar. As células deste tumor podem migrar e invadir tecidos e órgãos vizinhos, processo este denominado metástase. Estas células desprendem-se do tumor maligno e atingem outros órgãos através da corrente sanguínea, do sistema linfático e por contigüidade.

Os tipos de tumores existentes correspondem vários tipos de células do corpo e estes são classificados quanto ao local que atingem como nos descreve Santos (2003).

- Carcinoma: quando tem início no tecido epitelial de revestimento, externo ou interno, como pele e mucosas ou no epitélio glandular.
- Leucemia: quando se origina nas células formadas do sangue, encontradas na medula óssea e no baço.

- Linfoma: quando tem início no tecido linfóide, podendo ser classificado em linfoma de Hodgkin ou não-Hodgkin.
- Sarcoma: quando se origina nos tecidos de sustentação e nos tecidos conjuntivos como ossos, músculos, tendões, cartilagem, vasos sanguíneos e nervos.

O câncer não é uma doença única e sim um conjunto de mais de cem doenças diferentes. Há vários tipos de câncer, e cada tipo mobiliza um tipo de célula diferente do corpo. Além do tipo de célula existem outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer, que são: a velocidade em que as células se multiplicam e a capacidade de sofrerem metástases, como menciona o INCA (1996).

## 1.2. O câncer de mama

O câncer de mama ou carcinoma mamário destaca-se como uma das grandes preocupações da saúde pública mundial, mostrando que o número de mulheres acometidas parece estar aumentando tanto nos países ricos como nos mais pobres. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que ocorram mais de um milhão e cinquenta mil casos novos por ano de câncer de mama em todo mundo, como informa Shono et. al. (2006).

Segundo Bitencourt (2000), mesmo com todos os avanços terapêuticos, o câncer de mama continua sendo a principal causa de mortalidade e morbidade nas mulheres no mundo. Entretanto, a mortalidade encontra-se estabilizada devido a uma melhor educação sanitária e a melhores técnicas de diagnóstico e opções de tratamento, pois o controle do câncer e a possibilidade de cura dependem do diagnóstico em fase inicial da doença.

O câncer de mama, geralmente se apresenta por um nódulo na mama. Este nódulo pode aparecer nos ductos, passando a se chamar carcinoma ductal *in situ*, intraductal ou CDIS, que são células tumorais no interior dos ductos, mas que ainda não invadiram o tecido mamário que esta em volta do ducto ou também nos lóbulos. Quando este acontece, passa a se chamar carcinoma lobular *in situ* ou CLIS, que são células anormais que revestem o lóbulo. (INCA, 1996).

As primeiras metástases comumente aparecem nos gânglios linfáticos das axilas. Os ossos, pulmão, fígado e cérebro são outros órgãos que podem apresentar metástases de câncer de mama. E de acordo com Dousset (1999), os riscos de metástases para estes órgãos ocorrem por serem os mais vascularizados.

Mulheres acima de quarenta anos podem vir a ter câncer de mama com maior probabilidade. Porém há determinadas mulheres que têm maior propensão para desenvolvê-lo. Estas apresentam em seu organismo fatores influentes para tal desenvolvimento, sendo que elas podem vir a desenvolver o câncer, mas não obrigatoriamente terão na mama. Apenas há maior probabilidade de tê-lo quando comparadas com a população feminina em geral, que não apresenta esses fatores. (INCA, 1996)a.

De acordo com o INCA (1996) a e Roche (2006) esses fatores influentes são descritos da seguinte forma:

- **Reprodutivos e hormonais:** As características reprodutivas associadas a um maior risco de câncer de mama incluem, menarca precoce (primeira menstruação antes dos onze anos de idade), menopausa tardia (última menstruação após os cinquenta e cinco anos de idade), idade do primeiro parto após os trinta anos de idade e nuliparidade (nenhuma gestação);
- **Clínicos:** Mulheres que tiveram câncer de mama apresentam maior risco de desenvolvê-lo novamente, na mesma ou na mama contralateral. E mulheres que apresentem alterações funcionais benignas como hiperplasias, tem o risco aumentado de desenvolver o câncer de mama.
- **Genéticos:** O risco de desenvolvimento do câncer de mama em uma mulher aumenta caso sua mãe, irmã, filha, dois ou mais parentes próximos tenham história de câncer de mama, em idade jovem, ou seja, abaixo de quarenta anos;

### ***Os Sintomas***

O câncer em estágios iniciais não causa dor. Mas, à medida que este cresce pode causar alterações às quais as mulheres devem estar atentas. São elas: nódulo ou espessamento na mama, próximo a ela ou na região da axila; alteração no tamanho ou na forma; descarga mamilar (saída de secreção pelo mamilo), principalmente sanguinolenta; sensibilidade mamilar ou inversão do mamilo para dentro da mama; enrugamento ou endurecimento da mama; alterações no aspecto da mama, aréola ou mamilo e sensações de dor, inchaço ou descamação (Roche, 2006).

Vale lembrar que, embora a doença seja a mesma, ela pode se manifestar de diferentes formas, este fato depende do organismo no qual ela está se desenvolvendo.

### ***O diagnóstico***

Quando o câncer de mama é diagnosticado e tratado precocemente, as chances de sobrevivência são melhores. E para este diagnóstico são três as ações de saúde consideradas fundamentais (Duarte, 2003; Roche, 2006).

- Auto-exame das mamas (AEM) realizado de forma adequada. Neste a mulher pode ter participação ativa;
- Exame clínico das mamas (ECM), feito por um profissional especializado;
- Mamografia é um tipo especial de radiografia. É a melhor ferramenta que existe para a detecção precoce do câncer, antes mesmo do surgimento de sintomas.

Quanto ao diagnóstico laboratorial do câncer de mama, a comunidade internacional reconhece dois sistemas. Um deles é denominado o sistema TNM, criado pelo médico francês Pierre Denoix, que classifica a doença em três fases: T(tumor); N (linfonodos axilares homolaterais) e M (metástases à distância). Outro sistema, complementar a esse, identifica a doença por estágios. O câncer de mama evolui em estágios que variam de 0-IV, crescente por ordem de gravidade da doença. Em suma, a realização do diagnóstico do câncer depende desta classificação que revela o grau de comprometimento da área atingida, bem como o prognóstico e tratamento a ser indicado (Dousset, 1999; Duarte e Andrade, 2003).

### ***Os Estágios do câncer de mama***

Segundo Roche (2006) os estágios são baseados no tamanho do tumor e em sua disseminação, são eles:

- Estagio 0: é chamado de carcinoma não-invasivo ou carcinoma *in situ*. Esta condição raramente evolui para câncer invasivo, entretanto, sua presença é um marcador de maior risco para desenvolvimento do câncer de mama em ambas as mamas.
- Estagio I: é um estágio precoce ao câncer de mama, significa que as células cancerosas não se disseminam para além da mama e o tumor não é maior que dois centímetros.
- Estagio II: bem como o estágio um este também precede o câncer de mama, porém com algumas diferenças: 1) o tumor tem menos de dois centímetros, porém o câncer já sofreu metástase para os linfonodos axilares; 2) o tumor está

entre dois e cinco centímetros com ou sem metástases para os linfonodos axilares; 3) o tumor é maior que cinco centímetros, mas não se disseminou para os linfonodos axilares.

- Estágio III: é também chamado de câncer localmente avançado. O tumor da mama é grande (mais de cinco centímetros), o câncer pode se estender aos linfonodos axilares ou sofrer metástase para outros linfonodos ou tecidos próximos à mama.

- Estágio IV: é o câncer metastático. O câncer se disseminou da mama para outras partes do corpo.

- Câncer recorrente: significa que a doença retornou mesmo depois de tratamento inicial. Mesmo que um tumor na mama pareça ter sido completamente removido ou destruído, a doença pode retornar em decorrência de células remanescentes não detectadas, ou devido ao fato da doença já ter se disseminado antes do início do tratamento. A maioria das recorrências surge dentro de dois ou três anos após o tratamento, mas o câncer de mama pode aparecer muito tempo mais tarde.

### ***O Tratamento***

Qualquer atividade terapêutica que venha a ser utilizada é baseada nos estágios citados acima. Portanto, é imprescindível o conhecimento prévio destes, visto que possibilitam estabelecer a extensão da área atingida e a gravidade da doença, além de planejar um tratamento adequado, assim como o prognóstico. A escolha do método terapêutico utilizado dependerá de outros fatores, tais como idade da paciente, a localização e o tamanho do tumor, a disponibilidade financeira, a análise da mamografia e o modo da paciente lidar com a mama afetada (Duarte e Andrade, 2003).

De acordo com Roche (2006), existem diferentes tipos de tratamento radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia, anticorpos monoclonais no tratamento adjuvante (somente para alguns tipos de câncer) e a cirurgia, estes tratamentos já citados se dividem de duas formas: tratamento local ou sistêmico. Os tratamentos locais são utilizados para a retirada, destruição ou controle das células cancerosas em uma área específica, a cirurgia e a radioterapia são exemplos. Já os tratamentos sistêmicos são utilizados para destruir ou controlar as células cancerosas em todo o corpo, quimioterapia, a terapia hormonal e a terapia com anticorpos monoclonais são exemplos.

A radioterapia é a utilização de radiação para bloquear o crescimento das células. Esta pode ser utilizada antes da cirurgia (para diminuir o tamanho do tumor) ou após a cirurgia (para evitar recidiva, ou seja, o retorno da doença). Geralmente este tratamento não apresenta complicações, a pele fica apenas com aspecto de queimadura do sol (Unifesp Virtual, 2007).

Diferentes formas de tratamento podem ser administradas juntas ou seqüencialmente.

### **1.3. A Mastectomia.**

De acordo com Roche (2006), a cirurgia é o tratamento mais freqüente para o câncer de mama e hoje há vários tipos da mesma. Para a escolha deste procedimento cabe ao médico-cirurgião investigar cuidadosamente cada caso e empregar o melhor método para a realização da mesma, sendo que esta deve ter eficácia no tratamento e ser de menor impacto para a paciente (Kennedy, 1975).

A mastectomia é um tipo de cirurgia que consiste na retirada total da mama. E esta pode ser acometida por diversos fatores benignos e malignos. Neste trabalho abordaremos a mastectomia por câncer de mama.

Wilson (1979) e Kennedy (1975) nos descrevem os vários tipos de mastectomia: Mastectomia Radical, Mastectomia Radical Modificada ou Mastectomia Simples com Dessecação Axilar, Mastectomia Radical Alargada e Mastectomia Simples, com ou sem radioterapia.

A Mastectomia Radical foi descrita no final do século XIX, pelos médicos-cirurgiões Halsted e Meyer, que desenvolveram a separadamente. Esta consiste na eliminação cirúrgica de toda a mama tomada pelo câncer, da pele que cobre até a parte doente, dos músculos torácicos subjacentes e dos gânglios linfáticos axilares. Contudo, com o passar do tempo foi sofrendo algumas modificações, pois a técnica inicial apresentava alguns problemas para a paciente, como edemas (inchaço) no braço que segue a mama atacada pelo câncer e seqüelas estéticas. A principal diferença é que não se incide no músculo peitoral maior por completo, o que suaviza a depressão debaixo da clavícula. Isto confere um aspecto estético muito melhor e permite a mulher mastectomizada usar vestidos e blusas sem manga.

Já a Mastectomia Radical Modificada ou Mastectomia Simples com Dessecação Axilar costuma também ser conhecida como doença de Patey e se difere da Mastectomia Radical apenas porque o músculo peitoral maior é deixado intacto, sendo que a mama é

retirada e é feita a dessecção dos gânglios axilares. Esta operação é boa para o câncer de mama, pois elimina toda a mama e extirpa a respectiva área atacada pelo câncer. A única via linfática que se deixa é a que passa através do músculo peitoral maior. Isto também oferece melhor estética e menor incidência de edema linfático no pós-operatório, pois o músculo do peitoral maior protege a veia axilar.

A Mastectomia Radical Alargada consiste na eliminação da cadeia linfática mamária interna de toda parte da mama tomada pelo câncer, dos músculos subjacentes do tórax e os gânglios linfáticos axilares. Esta operação não adquiriu popularidade porque, na maioria dos casos, o pós-operatório vinha acompanhado de grande mortalidade devido à cisão da cadeia linfática. Além disso, esse tipo de cirurgia era utilizado para mulheres que apresentavam câncer no quadrante interno da mama e foi constatado que se estas se submetessem a outro tipo de mastectomia seguida de radioterapia, teriam um efeito de sobrevida melhor do que com esta cirurgia tão extensa.

Por fim, a Mastectomia Simples, com ou sem radioterapia, que se destina a remover apenas o tecido mamário e o mamilo e menos pele suprajacente do que na mastectomia radical. Esta operação é de grande utilidade, em particular em citosarcomas e doença de Paget. A vantagem da mastectomia simples em relação a mastectomia radical é o ligeiro melhoramento estético, assim como a perspectiva muito menor de causar edema no braço.

## II. REPRESENTAÇÕES E SIMBOLOGIA DO SEIO PARA A MULHER CONTEMPORÂNEA

Inicialmente abordaremos a questão estética do corpo feminino a fim de demonstrar sua importância para a constituição da identidade da mulher e as suas representações.

De acordo com Maciel (2004), a identidade feminina se dá no campo das representações sociais, através das semelhanças e comparações, de história de vida e de visões do mundo. Segundo Rodrigues e Cardoso (*apud* Maciel, 2004), “o tema da identidade é lidar com a diferença das tomadas de posições com relação ao ‘outro’”. Assim a identidade só tem sentido quando faz parte de um todo, quando está inserida num contexto socialmente estabelecido.

As representações sociais, dentre elas a identidade feminina, são modelos de conhecimento que se apresentam em forma de imagens, conceitos, categorias e teorias que não se reduzem apenas a cognição, tendo o social um importante papel para a construção de simbolismos e ideologias que são utilizadas como mecanismo de comunicação onde circulam. É importante perceber que o sujeito é um produto e produtor da realidade social, e, além disso, ele não é independente, pois carrega a influência do contexto que o envolve (Maciel, 2004).

Dessa forma, ainda segundo Maciel (2004), a mulher tem delimitado, em seu campo de conhecimento implícito, a definição de identidade feminina, do que é ser mulher hoje em nossa sociedade. E este conceito se deu a partir das representações sociais acerca deste tema e também das experiências pessoais que a mesma teve e ainda tem com mulheres importantes em sua vida, como sua mãe, avó, irmã, prima, tia, entre outras. Portanto, será a partir dessa idéia implícita que a mulher vai se colocar no mundo e reagir a determinados acontecimentos de forma diferenciada e exclusiva. Acontecimentos esses tais como a vivência da maternidade, adoecimentos, casamento, etc. Sendo assim, essa identidade será única, pessoal e fruto do contexto do qual a mulher faz parte.

A representação corporal também está inserida nas representações sociais como forma particular, mas contextualizada, de perceber como se apresenta o corpo nas relações humanas. Essa representação social vai se inserir na formação da identidade feminina de forma significativa como um dos pilares dessa representação corporal. Deste modo, a mulher tem a capacidade de construir sua imagem corporal, a partir de suas experiências de vida e representações sociais do que é ser mulher (Maciel, 2004). Existe um universo simbólico em torno da representação corporal, onde cada parte do corpo tem uma significação particular,

mas socialmente constituída como representação social que é. Deste modo é possível inferir que os seios são objetos ricos em simbologias e representações, marcados pela nossa cultura e especificidades da história de vida de cada mulher.

De acordo com Sant'Anna (apud Ribeiro, 2005), o seio é um dos principais símbolos da identidade feminina. Nele esta contida uma certa contradição de suas representações corporais: a da mãe e a da mulher. “Essa dupla representação dessa parte específica do corpo feminino se insere na tradicional oposição antropológica, entre natureza e cultura” (Snadre-Pereira, 2003 p.473 *apud* Ribeiro, 2005). Estando a natureza vinculada ao fato de sermos um animal mamífero, e a cultura à constatação de que, além do significado biológico, recebemos diferentes valores assumidos em geral pelo grupo social que pertencemos, Provença (*apud* Ribeiro, 2005) afirma que os seios detêm a representação de erotização e maternidade, o que se configura na imagem dupla da feminilidade. Além disso, com a exploração do corpo feminino para o *marketing* das revistas masculinas, o seio passou a ser associado a sucesso e prazer. Desta forma, Ribeiro (2005), mostra que a conotação sexual / erótica acaba por intensificar na sociedade ocidental moderna com a extrema relevância dado a função estética do corpo.

Del Priore (*apud* Ribeiro, 2005) diz que, através imagem apresentada pelo cinema, pela televisão e pelas revistas femininas, cria-se um padrão de identificação para a mulher, que passa a acreditar que a imagem presente nestes meios de comunicação é a sua própria identidade. A sociedade contemporânea, apesar de ter como discurso e característica principal o individualismo, valoriza e exige, ao mesmo tempo, essas identificações e padrões estéticos corporais para a mulher, igualando-as diante dos espelhos das academias segundo o padrão “Barbies”: magras, loiras, com seios volumosos e lábios carnudos.

Ribeiro (2005) ainda referenciando Del Priore expõe que, a partir dos anos setenta, desenvolveu-se uma indústria para o corpo que transformou a estética feminina em ética feminina, responsabilizando a mulher pelo seu próprio envelhecimento: cabe-lhe tornar o seu corpo em um corpo consumidor, que demanda para cada uma de suas partes produtos especializados que o tornariam ainda mais belo, de acordo com o padrão das imagens publicitárias.

Sob cunho sexual, o seio deve ter forma e volumes padronizados. A mulher que não se insere neste modelo tem a seu dispor cirurgias plásticas com a implantação de silicone.

Para Mead, (*apud* Saba, 1982), o seio representa uma fonte primária de identificação da mulher com seu papel feminino. A aparência física dos seios representa um critério para a mulher sentir-se aceita e desejada. A autora ainda acrescenta que “(...) os seios, além de serem

um símbolo de sexualidade, são equiparados ao papel da maternidade devido à função de serem órgãos geradores de leite. São eles, portanto, uma porção importante da identificação da mulher como fêmea” (Renneker e Culter, *apud* Saba, 1982, p. 48).

Apesar das mudanças nos valores e papéis de gênero e, conseqüentemente, no papel biológico feminino, a mulher ainda se constrói com base na “feminilidade”, este termo a autora define por uma combinação de fatores, destacando-se dois: atração física (caracterizada como determinante do desejo sexual) e a capacidade de engravidar. Nesse sentido os seios, assim como os genitais e órgãos reprodutores, adquirem fundamental importância para a adaptação e auto avaliação como mulher (Saba,1982).

Concordando com Ribeiro (2005), pode-se dizer que a definição do que é ser mulher passa pela influencia sexual e anatômica do corpo feminino – como foi visto em função da importância do corpo e do papel do seio para a mulher. Como conseqüência, uma ameaça física a esses órgãos, como é o caso do câncer de mama, pode levar a fragilização de seu auto-conceito de mulher, à sensação de perda de identidade, de papel e de função de gênero, sobretudo por parte das mulheres que baseiam sua identificação com o papel feminino nos atributos físicos de seu corpo, de seu seio (Polivy, *apud* Saba, 1982).

Desta forma, uma cirurgia mutiladora, como a mastectomia, pode gerar impactos e efeitos na sensação corporal da pessoa, devido a uma possível impressão de o corpo não se encontrar mais completo, intacto e em funcionamento, variando o grau de ansiedade de acordo com o nível da perda e a significância da parte retirada. No caso da mastectomia, a mulher pode sofrer um grande abalo na auto-avaliação da imagem corporal (Gruendemann, *apud* Saba, 1982).

Saba (1982) relata algumas pesquisas sobre este tema. Uma delas foi realizada pela Sociedade Americana de Câncer e demonstrou que 15% das mulheres apreendiam a remoção do seio como uma perda do sentido de mulher. Em outra, observou-se que as entrevistadas que fundamentavam sua percepção como mulheres em sua atividade corporal perdiam o sentido e a motivação para viver quando seus seios eram amputados. Isso reforça a conclusão de uma das outras pesquisas onde, as mulheres tinham como resposta emocional principal a ameaça ao papel feminino e, depois, o medo do câncer ou da morte. Contrastando com este último estudo, porém, Saba (1982) afirmam que, nos primeiros dias após o diagnóstico e início do tratamento, a principal preocupação de seus pacientes (não só as mulheres portadoras do câncer de mama) era com a morte. Maguire (*apud* Saba, 1982), por sua vez, relata que 55% das mulheres receavam primeiramente as conseqüências do diagnóstico, e apenas 18% delas se afligiam inicialmente com a perda do seio.

Outro impacto importante demonstrado pela autora com relação ao impacto do câncer de mama e da mastectomia diz respeito à auto-estima da mulher, que passa a se sentir inútil, desvalorizada e menos mulher, se auto-depreciando pela perda de um dos seios, o que poderia levá-la a um estado de depressão profunda, além de provocar-lhe a sensação e o medo de ser rejeitada pelas pessoas, pela família e pelo esposo/companheiro, já que ela se encontra deformada (Saba, 1982).

Por isso, é necessário que esta mulher tenha o apoio da família, do esposo / companheiro e, se possível, dos grupos de apoio social, pois eles podem influenciar na qualidade de vida desta mulher, bem como na redução de uma possível depressão, por meio do apoio prestado.

Polivy (*apud* Saba, 1982) descobriu, em suas pesquisas, haver uma diminuição no grau de satisfação dos relacionamentos íntimos. Bard e Sutherland, referenciados pela autora, acrescentam poder existir a perda do desejo sexual como efeito da eliminação de uma das fontes de estimulação sexual, bem como pela sensação de estar enganando e privando seu companheiro de alguma forma por não ser mais “perfeita”.

Na tentativa de lidar e se proteger contra o impacto da amputação do seio, Saba (1982) afirma, baseada em Polivy, que a negação é um dos mecanismos de defesa mais utilizados por essas pacientes. Reforçando essa visão, o estudo de Morris, Greer e Pttingale, citado pela autora, classificou em quatro categorias as respostas psicológicas das mulheres ao diagnóstico de câncer de mama. Foram elas:

- Negação → rejeição aparente do diagnóstico, sem demonstração de desgosto ou perturbação emocional;
- Espírito de luta → comportamento otimista com procura de informações sobre a doença, sem demonstração de aflição na entrevista;
- Aceitação estóica → admissão do diagnóstico, porém com tentativa de ignorar ao máximo a doença, levando uma vida normal;
- Sentimento de impotência / desesperança → preocupação com a doença e com a morte inerente, declarando-se extremamente doente e sem esperança de melhora;

Segundo estes autores, as evoluções mais favoráveis ao longo de cinco anos diziam respeito às mulheres que forneceram respostas classificadas como negação e espírito de luta; 88% das mulheres que morreram tinham respondido ao diagnóstico com a aceitação estóica ou com impotência / desesperança.

Embora um diagnóstico de câncer seja algo difícil tanto para o médico que o informa ou para a paciente que o recebe, é importante lembrar que as fases do tratamento e como a paciente responderá ao tratamento depende inicialmente de como a paciente recebe a notícia do diagnóstico. (Saba, 1982).

### III. A TRAJETÓRIA DAS ENTREVISTAS

#### 3.1. Métodos e procedimentos.

Este trabalho teve o propósito de investigar como uma mulher mastectomizada encara a perda do seio e como se dão as alterações em suas relações interpessoais e em sua rotina. Contudo, pensando em ir além de revisões bibliográficas e com o intuito de aproximar-se da questão vivencial do câncer de mama, foi adotada uma metodologia que pudesse propiciar a aproximação da realidade psicossocial da mulher. Assim escolheu-se a metodologia de pesquisa qualitativa, utilizando entrevistas semi-estruturadas.

Esta metodologia contou também com as revisões bibliográficas e com uma análise de oito depoimentos de mulheres para o projeto “De Peito aberto, uma abordagem humanista de mulher com câncer de mama” (2005).

Inicialmente a proposta seria realizar esta pesquisa com a participação das próprias mulheres que se submeteram à mastectomia. Porém, por impossibilidades éticas e técnicas, a idéia inicial foi reformulada. Assim, a pesquisa direcionou-se a entrevistas com psicólogos que atuavam diretamente com estas mulheres.

Definidos os rumos para a pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sendo sua aprovação o primeiro passo para que as entrevistas fossem iniciadas.

O contato com os profissionais entrevistados, nesta pesquisa, se deu da seguinte forma: em quatro dos cinco casos foi usado um contato prévio via telefone seguido posteriormente de um contato pessoal; em um dos casos, o primeiro contato foi feito pessoalmente. Sendo o segundo contato um contato pessoal, houve a possibilidade das entrevistas já serem realizadas. A coleta deste material durou três meses, sendo que, com cada entrevistado, o tempo médio de entrevista foi de 15 minutos.

Como dito anteriormente, foram cinco os psicólogos entrevistados, sendo que, por coincidência, eram todas mulheres. Estas tinham idades variando entre os 30 e 45 anos. Embora todas possuíssem experiência profissional com mulheres mastectomizadas, as áreas em que as mesmas atuavam eram variadas. Quatro atuavam em hospitais, (uma em enfermaria) e a quinta atuava em consultório particular. Isso acabou conferindo certa variação nas respostas, o que enriqueceu muito este trabalho.

Para melhor aproveitamento das entrevistas, ficou a critério das entrevistadas escolherem os locais de encontro. Estes locais, em quatro dos casos, foram realizados em seus

respectivos locais de trabalho e, em um dos casos, a entrevista foi realizada na própria casa da entrevistada.

Tabela 1. Sujeitos das Entrevistas.

| Entrevistadas  | Local de trabalho                              | Área de atuação                 | Observações   |
|----------------|--|---------------------------------|---|
| Entrevistada 1 | Hospital do Câncer, unidade III, de mastologia | Pré-operatório e pós-operatório |   |
| Entrevistada 2 | Em enfermaria                                  | Pré-operatório                  |   |
| Entrevistada 3 | Hospital do Câncer, unidade III, de mastologia | Pré-operatório e pós-operatório | Embora também atue em clinica, os relatos foram referentes ao hospital. |
| Entrevistada 4 | Em consultório particular                      | Pré-operatório e pós-operatório |   |
| Entrevistada 5 | Hospital do Câncer, unidade III, de mastologia | Pré-operatório e pós-operatório |   |

O procedimento das entrevistas se deu da seguinte forma:

- Para cada entrevistada foram fornecidas duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I). E estes eram lidos, concordados e posteriormente assinados;
- Antes da iniciação das entrevistas, era perguntado a elas se havia algum nome fictício pelo qual gostariam de ser identificadas. Como em todos os casos a resposta foi negativa, ficou decidido que elas seriam identificadas por números cardinais. Tendo concluído estas duas etapas, as entrevistas se iniciavam;
- Ao término de cada entrevista era perguntado às participantes se elas gostariam de ouvir a gravação. Todas as respostas foram negativas.

Para melhor apreensão dos dados oferecidos através das respostas das entrevistadas foi utilizado um gravador, na forma de MP4. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas. Nas transcrições, buscou-se a fidelidade na linguagem de todas as psicólogas.

Como foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, se fez necessária a utilização de um roteiro (Anexo II), cujo papel era guiar as entrevistas, possibilitando a entrevistada ter liberdade para falar sem desviar-se do tema.

Desta forma, houve temas que foram levantados previamente para serem abordados nas entrevistas. Porém, outros foram surgindo ao longo das mesmas. Os temas previamente

levantados foram: a ida ao psicólogo (se a procura de atendimento psicológico era uma demanda própria ou guiada pelo médico que a acompanhava; se iam aos atendimentos sozinhas ou acompanhadas, e que tipo de acompanhamentos eram estes; o estado emocional da paciente quando ela ia pela primeira vez à consulta com o psicólogo); queixas repetentes a respeito da sexualidade e das possíveis alterações da sua rotina; a volta para a casa, o sentimento delas com o corpo atual e a reconstrução da mama.

E os temas que surgiram no decorrer das entrevistas foram: o momento do diagnóstico; preocupação com a sexualidade e auto-imagem (queda do cabelo, alopecia); o medo da morte pelo câncer; o isolamento por parte da paciente diante da sociedade e a readaptação em sua vida e com o novo corpo.

### **3.2. Com a palavra os profissionais.**

Nesta parte retomaremos os temas que foram propostos para a realização das entrevistas e os temas que surgiram no decorrer das mesmas. E assim, será mostrado através dos relatos das profissionais e dos depoimentos do projeto De Peito Aberto como esses temas se dão no decorrer da vida das mulheres mastectomizadas. Os temas são:

- O momento do diagnóstico;
- O medo da morte pelo câncer;
- A ida ao psicólogo → a procura de atendimento psicológico é uma demanda própria ou guiada pelo médico que a acompanhava; → a ida aos atendimentos (se iam sozinhas ou acompanhadas) e quem em sua maioria as acompanhavam; → o estado emocional da paciente quando ela ia pela primeira vez à consulta com o psicólogo;
  - Queixas repetentes a respeito da sexualidade e das possíveis alterações da sua rotina (auto-imagem, o isolamento da paciente e a sexualidade);
  - O enfrentamento da doença;
  - A readaptação / re-elaboração de sua vida com seu novo corpo (à volta para a casa e o sentimento delas com o corpo atual).
- Reconstrução da mama;

De acordo com Duarte e Andrade (2003), foi possível perceber que há alguns momentos que são considerados marcantes para a mulher acometida pelo câncer de mama. O primeiro momento é caracterizado pela descoberta do câncer, que envolve o diagnóstico e o tratamento em que a luta pela manutenção da vida é bastante evidente.

O momento do diagnóstico e o medo da morte pelo câncer são dois temas em que há a possibilidade de seres vistos de forma entrelaçada. Saba (1982) nos mostra isso quando diz que a maioria das pacientes com câncer de mama, após terem recebido o diagnóstico, se preocupa inicialmente mais com a morte do que propriamente com o seio que será amputado. E depois, quando este medo inicial se desmistifica passa a existir uma preocupação com o seio. E ainda, algumas mulheres acometidas por câncer de mama tendem a esconder seu diagnóstico das demais pessoas de seu meio social, sendo poucas as que revelam. Esta atitude pode ser explicada pelo “medo” de que o outro perceba que ela possui uma doença relacionada à morte. Esta visão acerca do câncer, segundo Sontag (2002), é comum, pois, “ainda hoje, na imaginação popular o câncer equivale à morte”.

O câncer de mama pode ser uma experiência traumática tanto pelo diagnóstico, que não deixa de ser estigmatizante e confronta as pacientes com a perspectiva de finitude, como as seqüelas do tratamento, que geralmente envolve cirurgia, muitas vezes mutiladora. (Relato do médico Renato Nogueira, do projeto De Peito Aberto, a respeito do momento do diagnóstico do câncer de mama, p.6).

Além da sensação de finitude, há outras que se misturam como o choque de estar com o câncer, a raiva, a revolta e a tristeza. Muitas vezes surgem as perguntas “Por quê eu?”, “O que eu fiz pra merecer isso?”. E estas perguntas carregam um sentido de culpa (Sontag, 2002).

Passei noites sem dormir e chorando muito. Depois de ouvir várias opiniões dos médicos, continuava achando que não podia ser verdade. Fugi para os Estados Unidos, não adiantou. Ouvi muitas opiniões dos médicos até perceber que eu tinha mesmo a doença e que precisava de coragem para encará-la. Quando você descobre que tem câncer, é como se abrisse um buraco. Eu caí e foi muito difícil até chegar e sentir que precisava me salvar”. (Relato da atriz Dalva Sandres, do projeto De Peito Aberto, p.6).

*A gente percebe o seguinte: tem dois lados desse problema; o primeiro é a questão do estigma do câncer, que é uma doença que tem um peso muito grande, as pessoas têm medo de falar o nome câncer, então tudo isso envolve o medo da morte, de uma morte dolorosa, as vivências que a paciente teve com outras pessoas que tiveram câncer são importantes, a forma como ela vê essa doença. Enfim, mas tem um estigma muito grande em torno dessa doença, ainda com um pouco de como: ‘O que eu fiz pra merecer isso?’. Isso é uma coisa que a gente acaba trabalhando, que não existe culpa. E o outro lado é mesmo da retirada da mama, que é uma mutilação de um órgão muito importante, de um órgão que*

*simboliza feminilidade, que simboliza maternidade. Então essas mulheres ficam realmente abaladas, fragilizadas, bastante chorosas, e leva um tempo pra elas aprenderem a lidar com aquela situação da melhor forma que ela podem.*

Entrevistada 2.

O diagnóstico é algo que, em sua maioria, é muito doloroso para a mulher que o recebe. Por isso, é necessário que o médico tenha sensibilidade e uma boa compreensão ao informar a paciente que ela é portadora de um câncer. Mas também informá-la de que esta doença tem cura, os possíveis tipos de tratamento e as possíveis complicações. E, de acordo com as dúvidas e questões que forem surgindo, ir esclarecendo-as. A relação médico-paciente vai muito além do racional, acaba sendo estabelecida uma relação de confiança, onde a parte sentimental também é incluída. Além do médico, é fundamental que todos os outros profissionais de saúde envolvidos nesse processo tenham o mesmo cuidado com a paciente.

A mulher após receber o diagnóstico da doença, precisa iniciar o tratamento o mais rápido possível. Com essa iniciação, acaba tendo outras demandas. Uma delas é o atendimento psicológico. Contudo, este atendimento acaba variando de acordo com o local que esta mulher acometida pela doença escolhe para se tratar, a condição financeira da mesma (se este procedimento/serviço é ou não pago) e a sua própria demanda.

*O atendimento psicológico é uma rotina institucional. A gente tem uma rotina onde a Psicologia está inserida no curso do atendimento ao paciente, que deve tratar aqui na unidade. A gente tem, dentro da rotina hospitalar, o tratamento oncológico, seja ele a cirurgia, a quimioterapia. A gente trabalha multiprofissionalmente. Então o paciente, ao mesmo tempo em que faz o seu tratamento oncológico, ele tem uma assistência do setor de psicologia, nutrição, fisioterapia, serviço social, enfim, de uma equipe que dá assistência em conjunto, isso é uma rotina da nossa instituição.*

Entrevistada 1.

*Na verdade há a Psicologia aqui dentro do hospital, ela entra dentro do fluxo de trabalho; o paciente passa pelo médico, recebe sua deliberação e, antes dela ir para cirurgia, ela passa obrigatoriamente pela avaliação da Psicologia, uma avaliação de como lidar com o diagnóstico, o que ela pensa acerca da própria cirurgia, como ela vai se sentir posteriormente a cirurgia, como ela imagina que vai ser essa cirurgia, e dependendo desse estado emocional, na nossa avaliação, o paciente pode ter a sua cirurgia adiada em alguns dias para que a gente possa trabalhar a parte psicológica.*

Entrevistada 3.

*O procedimento é o seguinte. Aqui, toda paciente que vai passar por um procedimento cirúrgico, segmentectomia, ou mastectomia, entra na rotina de atendimento com a psicologia, então é um atendimento obrigatório. A paciente vem agendada pra psicologia, no pré-cirúrgico. Quando a paciente sai de alta é oferecido o acompanhamento psicológico, o paciente tem essa opção, e normalmente o paciente faz essa opção de continuar o atendimento psicológico na instituição.*

Entrevistada 5.

Nestes casos, a mulher não tem a necessidade de procurar o atendimento por ser uma rotina da própria instituição. Mas há casos em que é necessário que a paciente procure por indicação médica ou por conta própria o atendimento psicológico.

*Não existe um momento específico Na maioria das vezes é desde o momento da confirmação do diagnóstico de um câncer de mama até o procedimento e o período que a mulher desejar; muitas das vezes um apoio psicoterapêutico é necessário somente no momento em que a pessoa está com uma doença grave, e outras tantas vezes acontecem de esse contato com o psicoterapeuta realmente promover um trabalho com um psicoterapeuta de prazo indeterminado. E aí depende, se a pessoa está pronta apenas para um acompanhamento durante o período da doença que tiver um período mais agudo ou se ela pretende continuar, às vezes até já não mais especificamente por conta da doença, mas por conta de um processo psicoterapêutico de autoconhecimento, ou de alguma coisa que a pessoa precisa ou queira dar continuidade. E 80% vêm com indicação médica.*

Entrevistada 4.

*Como o atendimento psicológico é em enfermarias, a grande maioria dos atendimentos por encaminhamentos é dos enfermeiros, pela enfermagem, enfim, são dos profissionais que ficam mais tempo com essas pacientes, muitas vezes por demanda própria, pois as pacientes se sentem muito fragilizadas, algumas vezes deprimidas, e por conta própria elas pedem para serem atendidas por uma psicóloga.*

Entrevistada 1.

De acordo com os relatos acima é possível perceber que há uma variação da indicação para o atendimento psicológico, em função do local em que cada psicóloga entrevistada atua. Além disso, fica claro que o atendimento psicológico é importante para a mulher, pois este é um espaço propício para que ela trabalhe as questões que forem surgindo ao longo do tratamento. Ainda dentro deste tema, outro sub-tema importante que foi previamente proposto referia-se sobre a ida da mulher ao psicólogo, se esta a fazia sozinha ou acompanhada. Este

sub-tema foi proposto com base na idéia de que o fato de ir alguém com ela poderia representar apoio. Porém, no decorrer das entrevistas, foi percebido que, embora não fosse ninguém de acompanhante, isto não significaria que esta mulher estivesse sem apoio, mas que as pessoas mais próximas a ela poderiam não ter disponibilidade de tempo para tal atividade. Entretanto, também poderia ser que esta mulher realmente estivesse sem apoio das pessoas mais próximas, mas, contudo seria necessária uma outra pesquisa, onde o foco fosse este viés.

O estado emocional da paciente será o último sub-tema analisado. Com as entrevistas foi possível perceber que o estado emocional da paciente, quando vai a primeira vez ao psicólogo, varia de acordo com o momento do tratamento em que ela está, pois as questões que ela traz varia de acordo com o momento.

*(...) a gente já começa a trabalhar essa paciente desde essa entrada aqui na instituição, ou seja, no momento logo após o impacto do diagnóstico e já com a indicação do tratamento que vai ser feito, em muitos casos cirúrgicos, que pode envolver uma mastectomia ou não, em alguns casos uma quimioterapia neoadjuvante, que é aquela quimioterapia antes do tratamento cirúrgico, com a finalidade de reduzir a massa tumoral pra se tornar operável; então a gente vai estar trabalhando as questões emocionais a partir dessa chegada aqui, que é bem o início do tratamento dela.*

Entrevistada 1.

*(...) normalmente elas já vem com o diagnóstico e com a proposta cirúrgica, ela vem muito assustada com o diagnóstico, sim; mas no primeiro momento a preocupação dela é: 'eu preciso passar pela cirurgia e eu quero passar pela cirurgia porque isso vai me dar a sensação de estar curada, então vou passar por esse processo'. Sempre, muitas, entram geladas aqui, depois do diagnóstico o chão abriu, parece que o mundo caiu, o céu desapareceu, o chão desapareceu, tem vários relatos nesse sentido, 'mas eu vou porque o médico disse que eu preciso me submeter, essa é minha proposta, então eu vou me submeter à cirurgia e seja o que Deus quiser', essa é a fala de muitas delas.*

Entrevistada 3.

*O estado emocional da paciente é muito variável, possui várias possibilidades tem aquela paciente que chega sem demonstrar muito seu estado emocional, chega normal, sem mostrar nenhuma emoção e depois com o atendimento a emoção aparece, o estado emocional dela é revelado, em fim, ela mostra mais o emocional. Tem aquela paciente que chega com o estado emocional mais mexido, chega chorando, entristecida, enfim é muito variável como ela chega; é muito difícil dizer como ela chega(...)algumas chegam aqui angustiadas, porque acham que vão morrer, que o câncer está ligado a morte; e muitas chegam conseguindo falar isso(...). No pré-cirúrgico, normalmente, elas ficam entristecidas, chorosas, com uma angústia, com medo que algo pior venha acontecer. Normalmente,*

*elas chegam com uma certa ansiedade com relação à cirurgia em si, apreensão da cirurgia, e também apreensivas, com a perda da mama, porque a maioria vai perder a mama, vão estar sem a mama.*

Entrevistada 5.

*Depende do momento em que ela entra. Se ela entra no momento da confirmação do diagnóstico, por exemplo, é lógico que o conjunto de questões que ela traz é um conjunto muito mais forte, muito mais impactante, afinal ela acabou de saber disso. Se ela chega ao meu consultório no pós-cirúrgico, por exemplo, as questões já chegam configuradas de maneira diferente, inclusive uma nova imagem corporal já está ali pra ela explícita, do que vai ser a compreensão física daqui pra frente, esse conjunto que eu não gostaria de chamar sinais e sintomas, mas de emoções que desabrocham num primeiro contato, ele é dependente do momento em que a mulher esteja não tem um padrão assim. Eu diria que o câncer como uma doença ainda traz, na notícia do diagnóstico, uma notícia de morte, ele tem um aspecto muito impactante pra primeira consulta, pra um primeiro contato, no momento do diagnóstico, talvez o medo, o apavoramento, a negação, a insegurança acerca de como vai ficar depois da cirurgia; sejam as questões mais proeminentes. Mas se a pessoa chega no momento da quimioterapia, ou no pós-cirúrgico imediato, acho que essa questão no pós cirúrgico imediato da conformação do esquema corporal seja mais predominante, e na quimioterapia muitas coisas ou na radioterapia muitas coisas voltadas para o esquema corporal, mais também pra os efeitos colateral que esse tipo de maneira traz; o cansaço, a apatia, obviamente e conseqüentemente a suspensão do desejo sexual, “n” questões, então não dá pra dizer assim: ‘elas chegam assim’.*

Entrevistada 4.

O estado emocional, como foi dito anteriormente, é muito variável, pois além de variar com o momento do tratamento em que ela está, também varia pelo tipo de pessoa que é. Isso porque, existem pessoas que não tem problemas para falar e / ou demonstrar o que sentem numa primeira vez, sem conhecer o psicólogo; já outras precisam de mais tempo, pois precisam se sentir seguras para expor seus sentimentos.

Junto com a exposição de seus sentimentos acabam vindo também algumas queixas que as aflige ou as incomodam. Queixas essas que se relacionam com a auto-imagem, o isolamento da paciente e a sexualidade. Isso porque a auto-estima da mulher e seu sentimento de valorização podem ser diminuídos pelo câncer de mama e posteriormente pela mastectomia.

Eu fiquei pálida porque não pude tomar sol; gorda e careca. Às vezes me olhava no espelho e chorava escondida, porque minha auto-estima foi parar debaixo do tapete. (Alessandra Ziukevicius, 35 anos, projeto De Peito Aberto p. 12).

Segundo Saba (1982), os sentimentos de vergonha, inutilidade e desvalorização são comuns em mulheres mastectomizadas, e ainda o sentimento de inaceitação social evidenciado pela “falta de vontade de encarar as pessoas” e pela auto-estima diminuída. Assim, esta mulher pode vir a ter seu papel influenciado na sociedade e na família. É comum também que esta mulher não fale de seus sentimentos com os parentes mais próximos, o que pode ser visto como uma característica do isolamento da mulher.

*O isolamento faz parte desse processo, mas a queixa delas é de se sentirem isoladas, mas no sentido de serem marginalizadas, estigmatizadas. (...) algumas se queixam de situações de se sentirem marginalizadas, estigmatizadas por conta da doença; o tratamento do câncer é um tratamento agressivo, ela não faz só a cirurgia, ela faz também a quimioterapia, ela faz a radioterapia, em alguns casos. Então, é um tratamento que marca, ela fica com aquele aspecto mais adoecido, na maioria das vezes.*

Entrevistada 2.

Além do isolamento, existe também a questão da auto-imagem, que pode influenciar nesse processo, a partir do momento em que a mulher que foi acometida pelo câncer de mama não quer que o outro perceba sua doença. Outra queixa que se torna recorrente para quem passa pelo tratamento do câncer de mama está ligada à auto-imagem, e é a alopecia (queda do cabelo). “É o que elas mais temem” diz Maria de Fátima Gaudi, (especialista do Inca do projeto De Peito Aberto, p. 14).

Isso acontece devido ao tratamento quimioterápico, onde é ingerido um coquetel de remédios para combater o crescimento das células cancerígenas, que são células que possuem um crescimento muito rápido. Contudo esse tratamento não atinge apenas as células cancerígenas, atingem também outras células do nosso corpo que possuem crescimento rápido, uma delas são as células responsáveis pelo crescimento dos cabelos, o que causa a alopecia. Segundo Maciel (2004), este fator acaba por mobilizarem ainda mais muitas dessas mulheres. Provavelmente porque perder os cabelos, significa expor ao outro o câncer com suas metáforas e suas crenças, sua fragilidade, impotência, ou seja, tudo aquilo que a maioria das pacientes preferem esconder dos outros, entre outros motivos, pelo medo do constrangimento, da discriminação e conseqüentemente do isolamento social.

*A gente atende posteriormente após a cirurgia, aí essas questões surgem. (...) elas vão passar pelo processo de quimioterapia, queda do cabelo, porque a mama você pode esconder, e aí ‘quando começar a queda do cabelo, como é que eu vou poder*

*dizer para as pessoas?’, essas queixas aparecem.*

Entrevistada 3.

*Algumas pessoas têm mais dificuldade outras têm menos dificuldades, ao mesmo tempo, porque o tratamento não se resume a mastectomia, muitas vezes o paciente passa por um a quimioterapia, onde vai haver novamente uma perda, que é a do cabelo. O tratamento quimioterápico traz, muitas vezes como consequência, a alopecia, que é essa perda do cabelo, que para muitas pacientes é até muito mais mobilizador do que a própria perda da mama, por incrível que pareça. A questão pode ser por estar mais visível, por que a mama você usa uma prótese ao passar aquele período da cicatrização, o próprio hospital fornece uma prótese, o paciente usa a prótese com o sutiã, e do lado de fora ninguém vê, o cabelo já não é bem assim. Existem vários fatores ao longo do tratamento que levam a mulher a passar por situações, talvez, tão impactantes quanto uma mastectomia, por mais que pra gente seja difícil imaginar, porque a gente sabe que o cabelo vai crescer, mas pra pessoa que está passando por aquela situação é alguma coisa que está muito visível, que vai estar publicamente notório que ela está em tratamento, quando, na verdade, a mastectomia pode ser camuflada, escondida, pode passar sem que as pessoas percebam.*

Entrevistada 1

*Essa questão da queixa é muito variável, quanto à perda da mama, muitas dizem que não vêem nenhum problema imediato com a perda da mama. Eu faço acompanhamento cirúrgico após a retirada da mama e algumas dizem: ‘eu estou bem, eu não mudei nenhuma rotina na minha vida, estou conseguindo fazer as atividades que eu fazia antes, estou freqüentando os mesmos lugares’ Se colocam mais pra fora, nesse estar sendo pra ela não mudou o referencial. Algumas pacientes não conseguem mudar com isso com a ausência da mama, não vão mostrar pra ninguém, não vão mostrar, não querem fala sobre o que aconteceram então elas se resguardam, elas continuam freqüentando os lugares, mas não querem tocar no assunto. Tem um grupo que tem uma boa relação com essa perda, e tem um grupo que não tem uma relação muito clara, escondem, mas estão reagindo numa boa, estão conseguindo fazer as atividades. Tem uma porcentagem que elas mesmas não aceitam, elas mesmas não estão se dando bem com aquilo, nem conseguem se olhar no espelho. Têm pacientes que chegam aqui e falam: ‘olha, não consigo me olhar e me ver sem a mama, nem olhar no espelho, então a própria paciente mostra uma dificuldade com a perda’. Tem três grupos ali diferenciados.*

Entrevistada 5.

Assim, cada vez mais a mulher sofre uma modificação em seu esquema corporal, há uma alteração em sua imagem corporal e, mais que isso, a mulher passa, a partir dessa nova realidade, a se relacionar de forma diferente com seu corpo e seu meio social. Com esta nova configuração corporal, a mulher pode acabar tendo preocupações com outras questões, como a

sexualidade. De acordo com Maguire e Morris (*apud* Saba, 1982), as áreas que permanecem mais vulneráveis a uma mudança não facilmente reversível são as relações sexuais e o estado afetivo.

Depois de ter passado por várias perdas que acabam por interferir em sua feminilidade, como a perda da mama e dos cabelos, acaba sendo comum que esta mulher também tenha sua sexualidade de alguma forma alterada por estas questões.

Sendo assim, com sua sexualidade alterada, o desejo sexual da mulher pode diminuir, podendo haver uma interferência na relação dela com o parceiro. De acordo com a médica Fátima Gai (projeto De Peito Aberto), durante o tratamento, muitas mulheres param de ter relações sexuais ou ficam de camiseta porque passam a ter dificuldade para aceitar sua imagem corporal.

*(...) uma preocupação é em relação à sexualidade, em relação à questão da auto-imagem, e aí envolvendo a questão da sexualidade em contato com o parceiro. Enfim, a gente procura trabalhar isso já antes da própria cirurgia, inserindo esse parceiro nesse contexto (...) Mas especialmente do ponto de vista psicológico, as questões que normalmente aparecem com mais frequência é a auto-imagem, modificação da auto-imagem via a perda, vivenciar essa perda, elaborar esse luto pela perda da mama, e o relacionamento afetivo conjugal com o parceiro (...).*

Entrevistada 1.

*(...) E como relação à sexualidade, não tenho muitos relatos. Tenho pacientes que não vão deixar o marido ver, que elas colocam uma camisola, que escondem do marido.*

Entrevistada 5.

Contudo, foi percebido que não é necessário parar de se relacionar intimamente com o marido / companheiro, pois essa intimidade não diz respeito só a “cama” e sim em outros aspectos. Embora possa ser difícil aceitar essa nova constituição corporal, é importante que a intimidade não termine com o diagnóstico do câncer.

*(...) sempre quando eu trabalho com o casal eu sempre procuro enfatizar que essa intimidade não pode parar de existir, e ela só vai existir se ela continuar existindo antes, e essa intimidade não passa pela relação sexual, passa pelo companheirismo, pelo estar junto, por se dar um abraço ou se deixar abraçar, se tornar companheiro, poder conversar sobre essas situações inibições; isso que vai favorecer com que a sexualidade num segundo momento possa aflorar; e ela poder se ver como uma pessoa inteira, sem esse tom de retirada de uma mama. ‘Tirei uma mama deixei de ser mulher’. Não. ‘Você retirou uma mama sim, mas você não perdeu sua essência’. Só consegue projetar esse conceito se ela tem um*

*parceiro obviamente e se essa intimidade é trabalhada dessa forma, não apenas na questão da cama, porque a cama é o final, que pode ou não acontecer, mas pra isso tem todo um caminho(...).*  
Entrevistada 3.

É possível perceber que passar por um tratamento de câncer de mama e posteriormente uma mastectomia é algo pesado e doloroso para uma pessoa enfrentar sozinha. E é por isso que o enfrentamento é uma parte importante do tratamento e é fundamental que a mulher que passa por esta situação tenha o apoio do companheiro, da família, dos amigos e dos profissionais de saúde que com ela atuam. Essa rede de apoio, formada por um grupo específico ou pelo apoio incondicional de uma única pessoa, é essencial. Porém, segundo a médica Alice Domar,

É importante desenvolver a capacidade de buscar apoio social nos períodos difíceis da doença. Saber pedir ajuda pode ser benéfico para quem dá apoio também. Muitas vezes os amigos precisam de uma oportunidade para oferecer ajuda, expressar carinho e fazer algo em relação à angústia que eles próprios sentem pelo envolvimento do problema. Mas eles não são adivinhos. O marido, os filhos, os pais e os amigos precisam saber o que a pessoa quer. Quando existe uma boa comunicação, há menos ruídos e os espaços para o diálogo se abrem. (Alice Domar, relato do projeto De Peito Aberto p. 13 )

Fiz terapia e conversava muito com amigos. Essa rede que se forma é importante para conseguir superar a doença, para não se deixar abater. Uma amiga em particular, a Anete, teve um papel especial. Foi comigo ao médico e sentiu que eu fiquei péssima com a notícia de que ia perder os cabelos. Saímos de lá para tentar fazer uma peruca, mas não havia cabelo suficiente. Fiquei pior ainda. Fui pra casa arrasada. No dia seguinte, quando abro a porta lá está Anete, careca. Ela raspou os próprios fios e chegou com o cabelo embrulhado para presente. Eu chorava enquanto ela dizia que cabelo cresce e que eu poderia usar aqueles fios para fazer a minha peruca. Irene Yovanos (projeto De Peito Aberto p.14).

Infelizmente na vida existem dois lados de uma situação e nem todas as mulheres podem contar com esse apoio e compreensão da família, do companheiro e dos amigos.

Durante o tratamento ele (companheiro) tinha crises de choro e vergonha de sair comigo em público. Depois ficou ausente o mais que pode. Deu apoio financeiro e só. Fiquei perdida, tendo que encontrar forças para enfrentar o câncer sozinha. Mas tinha a responsabilidade de passar valores para minhas filhas e fui frente. Venci os preconceitos, cuidei da aparência, não parei nem um minuto pra reclamar. Encontrei uma força enorme nas minhas filhas. Giovanna, a mais velha dizia: ‘mamãe vamos sair e deixe que as pessoas olhem’. Giulia, a menor, adorava passar a mão a minha cabeça, me dava muitos beijinhos, carinho e consolo. Elas foram meu maior remédio. Relata Alessandra Sandoval ao lembrar do como foi enfrentar o desprezo do marido e do outro lado com o apoio das filhas durante o tratamento do câncer (projeto De Peito Aberto).

O enfrentamento pode começar assim que a doença é descoberta. porém, é somente depois, no pós-cirúrgico, que este mais se evidencia, pois é nesse momento que a mulher geralmente volta para casa, e já está em contato com seu meio social, ou seja, com suas relações sociais, o marido, os filhos, os amigos e os vizinhos. E é nesse momento que fica mais notável a forma como essa mulher responderá ao câncer, ao tratamento e suas conseqüências. A proximidade e o contato com o outro fazem a diferença, e é fundamental que esta o tenha. Mas é a mulher, junto com esse apoio, que buscará meios para enfrentar a doença e para se restabelecer psicossocialmente. Obviamente que se estas questões, relacionadas à volta para casa e para suas atividades cotidianas forem trabalhadas de acordo com a demanda da paciente, essas questões não acontecerão de uma forma impactante para a paciente, e sim como mais uma conseqüência deste tratamento.

*(...) a gente tem a oportunidade de estar atendendo essa paciente antes da retirada da mama, trabalhar essas fantasias de perda, essas fantasias de como ela vai ser vista pelo companheiro, de quais são as capacidades que ela vai ter após o tratamento, quais são as limitações que ela vai enfrentar. Se a gente puder trabalhar bem esses termos mais precoces, a partir do momento que ela tem a informação do tratamento que vai ser feito, a gente vai estar minimizando, com certeza, essa angústia do retorno ao seu cotidiano. Na verdade a instituição – não é um trabalho só da psicologia – mas a instituição favorece esse retorno, porque é um trabalho em conjunto; ela tem uma assistência da fisioterapia para orientá-la nos cuidados com o braço, ela tem uma assistência da enfermagem que vai orientar nos cuidados com o dreno, porque a paciente sai do hospital com o dreno; ela tem uma orientação do serviço social com relação aos direitos sociais que ela tenha, que ela possa vir a usufruir; e a gente vai estar dando suporte emocional em função de toda essa demanda de preocupações que ela vai trazer pra gente. Então o voltar pra casa, nada mais é do que uma conseqüência do trabalho que é feito ao longo do tratamento. (...) Até por entender que é uma situação que de alguma forma cria um marco na vida do indivíduo, a gente procura minimizar, vamos dizer assim, as seqüelas sociais, emocionais que ficam, isso tudo. Então o retorno pra casa, ele passa a ser favorecido quando a gente trabalha sempre desde o início do tratamento do paciente. Então não existe essa coisa “Vou pra casa! Oh! Como vai ser minha vida?”, porque a gente já vem trabalhando essas fantasias antes, o medo dela de se mostrar. “Como é que vai ser tomar um banho? Como vai ser minha relação sexual com meu marido? Tirar minha roupa, ele ver ou não ver, em fim, vou me esconder, não vou me esconder”. Então assim a gente já vai abordando isso a partir da demanda do paciente obviamente, que o paciente traz pra gente é fundamental pra gente ir trabalhando.*

Entrevistada 1.

*Elas estão se re-elaborando enquanto mulher existe uma mudança corporal que mexe na auto-estima, e muitas vezes mexe com esse relacionamento, porque até ela mesmo se sente diferente na relação com o marido. O que eu vi são mulheres se reencontrando, se reconstruir depois de isso tudo. Agora, o que a gente também percebe é que mulheres que tem uma estrutura psíquica de família, de construção psíquica mais elaborada ela consegue lidar melhor, assim como quem tem uma família, uma rede social que apóia, que está presente, isso ajuda muito na questão da reconstrução de si mesma; e um marido que apóia, que mostra pra ela que ele está com ela pra além do seio, e enquanto tudo que ela representa. É obvio que isso tudo é muito benéfico; só que a gente sabe que tem relações e relações de vários tipos, e aí a gente vê muitos casamentos se acabando por conta disso. Algumas mulheres mandam seus maridos irem embora mesmo por vergonha depois de ter que se expor depois de estarem mutiladas, por medo de se sentirem rejeitadas. Enfim, a gente ouvir falar que elas mandaram embora, mandaram procurar outras mulheres.*

Entrevistada 2.

*Primeiro é uma questão de readaptação, porque a grande maioria, principalmente a grande massa de nossas pacientes estão em idade muito produtiva. Então a queixa é: ‘como eu vou voltar pra casa?’, ‘Com um tanto de impedimentos, porque eu vou precisar de um tempo de repouso, vou precisar ser dependentes de outras pessoas, na verdade eu organizava tudo e agora eu não vou poder organizar tudo, pelo menos da mesma forma como eu fazia antes’. Então, esse período é um período de reestabilidade, é um período de readaptação, readaptação até mesmo de novo corpo que ela possui, diante do parceiro, diante das suas possibilidades de vida, dependendo da cirurgia que ela faça, será que ela vai poder retomar suas atividades laborativas que ela exercia e, se exercia, será que vai voltar com a mesma carga horária, com a mesma possibilidade, com a mesma intensidade. Então essas são as queixas trazidas no pós-operatório da mastectomia; isso vai aparecendo, por isso que a gente começa no diagnóstico trabalhando essas questões, porque elas aparecem na medida que a paciente está no processo terapêutico.*

Entrevistada 3.

Maciel (2004), diz que a volta para a casa é um momento em que a mulher deve olhar para si mesma. A autora ainda expõe algumas pesquisas a esse respeito, com mulheres mastectomizadas, onde mostra a visão destas mulheres acerca de seu próprio corpo. Este é visto como mutilado e estranho e as sensações de impotência e fragilidade são constantes nesse momento. Foi observado também que nesse momento muitas mulheres tem que “ocupar seu tempo cuidando de si”, permanecendo em repouso, fazendo curativos se necessário e percebendo sua nova realidade social e corporal, numa tentativa de se auto-afirmarem como valor próprio, através de atividades que as tornem especiais e que as façam se sentir úteis. Acredita-se ser esta uma tentativa da mulher se ver como uma pessoa íntegra, capaz e fazê-la

perceber que ela não perdeu sua essência, apesar da mutilação. “Eu queria fazer algo para me sentir viva”. (Relato da psicóloga Maria Carolina Brando, projeto De Peito Aberto, p.15).

Ainda abordando esta questão, Duarte e Andrade (2003) caracterizam o momento da volta para casa e da percepção do corpo como sendo este um segundo momento, que envolve o período pós-cirúrgico, onde há uma retomada do cotidiano das mulheres, após superarem o medo da morte. A partir da retomada dos relacionamentos sociais, atividades de lazer, trabalho e família é que surgem as preocupações relacionadas ao próprio corpo. Nesses contatos sociais ocorrem um defrontar-se com a realidade, fazendo com que as mulheres passem a reavaliar e re-elaborar as suas potencialidades e as formas diferenciadas de relacionar-se com o próprio corpo e com os outros, principalmente com o parceiro.

É muito comum que mulheres que passaram por uma mastectomia tenham um certo estranhamento com seu corpo no pós-cirúrgico. Isso porque ela está em um momento de re-elaboração e reestruturação.

*Elas se sentem mal, se sentem mutiladas, elas sentem que elas não são mais a mesma, que ela perdeu sua sensualidade. Eu acho que os profissionais e a família que lidam com ela têm que tentar fazer ela perceber que ela é mais do que essa mama, e ela continua sendo uma mulher, e pode ser sim sensual. E a gente vai acabar criando estratégia para ajudá-las e elas vão criar estratégias para lidar com isso; o sutiã de enchimento é uma delas que, para algumas mulheres, é maravilhoso, e que para outras não substituem mesmo.*

Entrevistada 2.

*Muitas falam que se sentem mutiladas algumas falam ‘eu retirei a mama, mas retirei o que não prestava’, é isso que eu escuto muito no ambulatório, muitas se sentem realmente diferentes. E uma coisa que faz alguma diferença pra elas é quando elas podem colocar a prótese silicone, na verdade não ela, mas outros vão poder perceber que tem uma diferença de volume. Então quando elas são liberadas pra colocar a prótese de silicone, e a fisioterapia faz a aquisição da prótese, elas começam a se sentir melhor.*

Entrevistada 3.

*(...) Esse impacto de se olhar sem a mama já começa acontecer dentro do hospital, porque no momento do primeiro curativo, ela é estimulada também a isso, é claro que nem toda mulher quer se olhar na hora do curativo, mas própria enfermagem vai orientar os cuidados e estimular o paciente olhar. Na orientação do trabalho que a enfermeira faz, ela vai informar o paciente, vai mostrar como cuidar orienta a família e orienta o paciente. Então, a coisa vai gradativamente acontecendo, sem a necessidade desse impacto. Algumas mulheres se recusam a olhar no momento do curativo, não é um número muito freqüente, mas acontece. A gente trabalha isso no atendimento psicológico, aí entra um pouco das fantasias que elas criam no momento dessa perda. Talvez esse*

*impacto do primeiro olhar da área onde antes existia uma mama e agora existe um corte cirúrgico e um ponto de linhas pretas, isso realmente, em muitas, pessoas é muito triste. As mulheres em geral choram nessa primeira visualização da cirurgia, mas o que talvez reforce um pouco esse fator de aceitação seja exatamente a questão de estar livre da doença. Sempre fica claro pra ela que aquilo foi necessário para não ter mais o câncer (...).*

Entrevistada 1.

Embora seja uma questão delicada e muitas vezes dolorosa para mulher, elas aos poucos vão vendo novas formas de relacionar com o corpo de uma forma positiva. Uma das opções que elas têm é a utilização da prótese, que em muitos casos melhora a auto-estima. Entretanto, para muitas isso não faz diferença, e então fica claro de que não há como generalizar os sentimentos e a forma de encarar os processos desse tratamento, pois cada um é único. E todas essas questões, não só a questão do corpo, vão se apresentar de uma forma diferente.

*Aí depende, acho que de novo depende do estadiamento da doença, se a mastectomia é radical, se vai ser feita uma segmentectomia, quadrantectomia, tudo isso depende de como a pessoa foi cirurgiada, depende da idade dessa pessoa, depende se essa pessoa tem ou não uma vida sexual ativa, depende se essa pessoa já teve ou não filhos, são muitas especificidades. Obviamente todas elas se sentem mutiladas na sua integridade corpórea, mas não dá para eu dizer pra você um padrão de comportamento (...). Meu olhar sobre as pessoas não é um olhar muito singularizado, eu vejo dessa forma particionada, depende desses fatores que eu te disse, a idade, do estadiamento, se é casada, se não é casada, se já teve ou não filhos, se tem vida sexual ativa, se não teve. Tudo isso promove relatos muito diferentes.*

Entrevistada 4.

*Na verdade, é difícil falar sobre isso, porque envolve o estado emocional e como a paciente se elabora emocionalmente elas reagem a essa perda, algumas têm um lado psicológico menos abalado então reagem com a perda da mama de maneira natural, vamos dizer assim, elas não vêem constrangimento, elas não tem essa coisa de se preocupar esteticamente em um estar com a mama e o outro lado sem mama. Outras já mostram um lado psicológico diferente disso, elas querem se esconder, elas estão preocupadas com o outro vai dizer, como a sociedade vai olhar pra ela agora. Tem pessoas que reagem de maneira diferenciada com essa situação.*

Entrevistada 5.

Outra possibilidade que pode ser utilizada para minimizar estas questões da imagem corporal é uma reconstrução da mama, embora muitas não a façam por acharem que estar sem a mama não interfere de um modo que elas necessitem se submeter a uma nova cirurgia.

*A maioria é com mulheres que ainda não fizeram, algumas já fizeram, mas nem todas as pacientes optam por uma reconstrução.*  
Entrevistada 1.

*A maioria delas não fizeram e que muitas delas nem pretendem fazer. Porque acham que conseguem levar a vida dentro dessa nova configuração corpórea, utilizando às vezes um sutiã com prótese, não precisando necessariamente, se submeter a uma nova cirurgia da reconstrução de mama.*  
Entrevistada 4.

E assim percebe-se que, existem muitas questões que podem influenciar nesta escolha, como a idade da paciente, se têm filhos ou não, se é casada, e este aspecto se estendendo para relacionamentos estáveis. E mais uma vez, é sempre importante lembrar de que cada um tem suas particularidades e não há como generalizar as atitudes, decisões e estratégias de enfrentamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral proposto inicialmente para este trabalho era analisar a relação feita entre alterações nas relações psicossociais e a mastectomia no discurso de mulheres que passaram por este procedimento. E os objetivos específicos eram diagnosticar as possíveis alterações nas relações interpessoais em seu aspecto psicossocial de mulheres mastectomizadas e analisar a relação que estas mulheres fazem entre a mastectomia e tais alterações relacionais.

Neste estudo, portanto, tínhamos duas hipóteses: a primeira refere-se às alterações nas questões de auto-estima e auto-imagem das mulheres mastectomizadas que afetariam as suas relações sociais; a outra se refere ao discurso desta mulher sobre a experiência, no qual ela relataria estas alterações relacionando-as a mastectomia.

A escolha da abordagem qualitativa como opção metodológica para a realização deste estudo nos permitiu compreender quais são as maiores dificuldades e as questões que mais norteiam a mulher mastectomizada, através da visão do psicólogo que a acompanha durante este processo.

Com a realização deste estudo foi possível confirmar a primeira hipótese, de que realmente há alterações nas questões de auto-estima e auto-imagem em função da mastectomia. E que cabe à mulher junto com os meios de apoio, seja na família, com os amigos e/ ou com o companheiro, encontrar mecanismos para minimizar suas perdas e consequentemente as alterações que estas provocam.

Contudo, a segunda hipótese não foi confirmada, pois não houve a possibilidade de fazer as entrevistas com as próprias mulheres que sofreram a mastectomia, sendo considerado o discurso dos profissionais sobre estas questões.

Outros dados interessantes que apareceram ao longo do trabalho, mais especificamente, no momento das entrevistas com as psicólogas, foram: o momento do diagnóstico; o medo da morte pelo câncer; preocupação com a sexualidade e auto-imagem, relacionada principalmente com a alopecia e o isolamento por parte da paciente.

Contudo, faz-se necessário uma ampla discussão acerca do câncer e as suas conseqüências, pois somente desta forma o câncer de mama e principalmente a mastectomia serão desmistificados. E com isso será mais fácil a abordagem, possibilitando a propagação de informações que consequentemente proporcionará uma forma mais adequada de prevenção. Além de que facilitará a melhor compreensão da pessoa acometida pelo câncer e a possibilidade de cura, pois esta não mais ligará essa doença à morte.

Diante do que foi colocado anteriormente, acredita-se que houve mais acesso e compreensão do estado emocional da paciente. É importante lembrar que cada um é um, e desta forma cada mulher de acordo com suas experiências e com apoio emocional encontrará mecanismos, em sua maioria diferentes, para conseguir enfrentar o câncer e os medos que esta doença ainda traz em seu nome. Tornando este processo menos doloroso e com o mínimo de barreiras possíveis, permite-se sua re-elaboração e auxiliando essas mulheres na retomada de suas vidas de forma plena e produtiva, mesmo após uma mutilação.

Também é preciso perceber que a natureza íntima da mulher é muito mais complexa, do que apenas estar anatomicamente inteira; é sentir-se plena, completa, integrada em todos os aspectos, sejam estes sociais ou psíquicos.

Fazer este trabalho enquanto profissional de saúde possibilitou-me desfazer alguns mitos sobre o estado emocional da mulher que teve a necessidade de fazer uma mastectomia, podendo perceber como ela encara esta perda e como se dão as alterações em suas relações interpessoais e a sua rotina. Também pude entrar em contato com algumas diretrizes do SUS, que até então eram desconhecidas, além de mostrar o quanto o trabalho do técnico de laboratório é importante, possibilitando, assim, uma visão mais humanitária de todo o processo do qual o mesmo participa.

Conhecendo outros aspectos do processo que não só o diagnóstico, o profissional de saúde poderá, ao lidar com os pacientes ou com algo que a eles esteja relacionado, refletir e ser mais cuidadoso, pois não se trata apenas de uma doença, mas da vida de um sujeito e do rumo que esta tomará ao longo do processo de tratamento e após o mesmo.

Espero que através deste trabalho qualquer profissional de saúde possa ter uma visão sistêmica da atenção à saúde, ou seja, a integralidade em saúde. Pois esta não é apenas uma diretriz do SUS, é algo que deve ser posto em prática, no dia-a-dia dos profissionais de saúde. (Mattos, 2006).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BITENCOURT, Jaqueline. **Compreendendo o pré-operatório de mastectomia aos olhos de mulher que o vivencia**. Belo Horizonte: UFMG, 2000. (Dissertação de mestrado em psicologia).

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Ângela Nobre de. **Enfrentando a mastectomia: análise de relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade**. Estudos de Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, 2003, vol. 8, nº1. Disponível em <<http://www.scielo.br>>, acessado em 18 de abr de 2007 às 11:30 horas.

DOUSSET, Marie-Paule, **Vivendo durante um Câncer: livro para uso dos doentes e seus familiares**. Tradução Ribeiro, Viviane. Bauru, SP: EDUSC, 1999.

INCA. **Câncer de mama**. Disponível em <<http://www.inca.gov.br>>, acessado em 25 de out de 2006 às 18:04 horas.

\_\_\_\_\_. **Falando sobre doença da mama: Pró-Onco**. Rio de Janeiro. Coordenação de Programas de controles do câncer/ Ministério da Saúde, 1996.a

\_\_\_\_\_. **Falando sobre Câncer e seus fatores de risco: Pró-Onco**, Rio de Janeiro. Coordenação de Programas de controles do câncer/ Ministério da Saúde, 1996.b

KENNEDY, B. J. **Seminars in Oncology, Breast Cancer**. Tradução Marino, M. A. Buenos Aires: 1975.

LENZI, Hugo; GOLIK, Vera. Projeto “**De peito aberto, uma abordagem humanista de mulher com câncer de mama**”. São Paulo, SP, 2005.

MACIEL, Josyane. **Cirurgias ginecológicas mutiladoras e a reconstrução da identidade feminina: um estudo bibliográfico**. Rio de Janeiro: Estácio de Sá, 2004. (monografia de conclusão de curso em psicologia).

MATTOS, R. A. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In Pinheiro, R e Mattos R A (org). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª edição. Rio de Janeiro: Cepesc, 2006.

PACTOS PELA VIDA. **Em defesa do SUS e de gestão**. Brasília, MS, 2006.

RIBEIRO, ANA CARLA LIMA; "**Fui à premiada**": representações sociais sobre o câncer de mama feminina, sua etiologia e seu tratamento. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2005. (Dissertação de mestrado em psicologia clínica).

ROCHE. **Coleção Vidarte: informações sobre o câncer de mama**. Texto científico, O que é câncer. Segunda edição. Março de 2006.

SABA, Ana Maria Fausto; COUTINHO, Anamaria Ribeiro. **Reações de ansiedade em mulheres perante situações de mastectomia e histerectomia**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. 1982. (Dissertação de mestrado em psicologia clínica).

SANTOS, Patrícia. **Câncer de Pulmão: uma questão de saúde pública**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. (Monografia de conclusão de curso de nível médio).

SHONO et. Al. Avaliação da independência nas atividades de vida diária em pós mastectomia. Revista Sociedades Brasileiras de Câncer (RSBC), Ano 3, nº. 10 Abr- Jun de 2006.

SONTAG, Susan. A doença como metáfora. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 2002.

UNIFESP VIRTUAL. Grupo de apoio às pacientes com câncer de mama. Disponível em <<http://www.virtual.epm.br/pacientes/camama/tratamento.htm>> consultado em 18 de abr de 2007 às 09h35min.

WILSON, Richard. E. Mama. In: Sebastion Jr, David- Christopher. Tratado de cirurgia, Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

**ANEXOS**