

# MULHER MASTECTOMIZADA E SUA IMAGEM CORPORAL

## WOMEN WITH MASTECTOMIES AND THEIR BODY IMAGE

## MUJER MASTECTOMIZADA Y SU IMAGEN CORPORAL

Virgínia Macêdo Amâncio<sup>1</sup>  
Naíza Santana e Santana Costa<sup>2</sup>

Estudo realizado no município de Feira de Santana (BA), tendo como objetivo analisar a percepção da auto-imagem corporal por mulheres mastectomizadas, atendidas em uma clínica de oncologia. Trata-se de uma abordagem qualitativa. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semi-estruturada aplicada a nove mulheres mastectomizadas em tratamento oncológico. Os resultados obtidos permitiram identificar relatos convergentes e divergentes na forma de pensar da mulher mastectomizada, desvelando sentimentos relacionados com a simbolização da mama, o impacto do diagnóstico do câncer de mama, a mastectomia no seu cotidiano e a percepção da sua auto-imagem. A mastectomia na vida da mulher deve ser considerada por profissionais de saúde, familiares, grupos de apoio, com vistas a ajudá-la no seu reajuste social e manutenção da sua auto-estima.

**PALAVRAS-CHAVE:** Câncer de mama. Mastectomia. Imagem corporal.

*This study took place in the city of Feira de Santana (BA), with the objective of analyzing the perception of body image by women with mastectomies who attended an oncology clinic. The study used a qualitative approach. The instrument for data gathering was the semi-structured interview with nine women with mastectomies under oncologic treatment. The results obtained allowed for the identification of convergent and divergent accounts regarding the way of thinking of women with mastectomies. These accounts helped to unveil feelings related to the symbolization of the breast, the impact of the diagnosis of breast cancer, mastectomy in their day-to-day, and the perception of their self-image. Health professionals, family members, and support groups must consider mastectomy in the life of women, aiming to help women during their social readjustment and maintenance of their self-esteem.*

**KEY WORDS:** Breast cancer. Mastectomy. Body image.

*Estudio realizado en el municipio de Feira de Santana (BA), teniendo como objetivo analizar la percepción de autoimagen corporal por mujeres mastectomizadas, atendidas en una clínica de oncología. Se trata de un abordaje cualitativo. El instrumento utilizado para la colecta de datos fue la entrevista semiestructurada aplicada a nueve mujeres mastectomizadas en tratamiento oncológico. Los resultados obtenidos permitirán identificar relatos convergentes y divergentes en la forma de pensar de la mujer mastectomizada, develando sentimientos relacionados con la simbolización de la mama, el impacto del diagnóstico del cancer mamario, la mastectomía en su cotidiano y la percepción de su autoimagen. La mastectomía en la vida de la mujer debe ser considerada por los profesionales de la salud, familiares, grupos de apoyo, con vistas a ayudarla en su reintegración social y mantención de su autoestima.*

**PALABRAS CLAVE:** Cancer mamario. Mastectomía. Imagen corporal.

<sup>1</sup> Enfermeira, pesquisadora do Núcleo de Extensão e Pesquisa em Saúde da Mulher (NEPEM), Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

<sup>2</sup> Professora Titular da disciplina Mulher, Criança e Adolescente II do Departamento de Saúde da UEFS, Mestre em Saúde Coletiva, Pesquisadora do NEPEM/UEFS.

## INTRODUÇÃO

A mastectomia constitui-se em uma intervenção cirúrgica altamente traumatizante. Tem uma representação simbólica muito forte, sendo encarada pela mulher, muitas vezes, como uma agressão, já que promove a “castração” de uma parte do seu corpo – a mama. A sua retirada pode possibilitar o aparecimento de sentimentos de perda que, possivelmente, refletirá na sua identidade feminina. Com a realização deste procedimento, a imagem corporal da mulher se modifica radicalmente, na maioria das vezes, sem um preparo suficiente para se adaptar à sua “nova imagem”.

Neste sentido, este procedimento cirúrgico pode trazer repercussões no cotidiano da mulher relacionadas aos aspectos psico-emocionais e sociais.

A tentativa de compreender a realidade vivida pelas mulheres que se submetem à mastectomia evidenciou a necessidade de conhecer o que pensam e sentem sobre a cirurgia, as limitações físicas que provocam no seu corpo, as interferências nas relações interpessoais e como essas mulheres vêem o seu novo corpo. Sendo assim, procurando problematizar o objeto de estudo, elaboramos o questionamento: Como a mulher mastectomizada percebe a sua imagem corporal? Em vista disso, o presente estudo teve como objetivo analisar a percepção da auto-imagem corporal por mulheres mastectomizadas.

O despertar para esta temática surgiu em decorrência do câncer de mama ser uma afecção oncológica que, progressivamente, vem acometendo as mulheres brasileiras e, a despeito dos serviços de saúde e dos recursos tecnológicos existentes, o seu diagnóstico tem se processado tardiamente, conduzindo a mulher, muitas vezes, a submeter-se à mastectomia radical.

Ao vivenciar a retirada desta estrutura, as mulheres apresentam grandes possibilidades de se sentirem marginalizadas perante a sociedade, já que podem ser vistas, até pelo próprio companheiro e familiares, de maneira diferente. Além de ser portadora de afecção altamente estigmatizante, é possível que a mastectomia interfira no seu papel

de mãe, mulher e trabalhadora, visto que muitas são obrigadas a abandonar os seus empregos e restringir as suas atividades no lar, motivos que poderão contribuir para acentuar ainda mais as repercussões na esfera psico-emocional.

## REFERENCIAL TEÓRICO

O câncer de mama é uma neoplasia muito comum entre as mulheres brasileiras, sendo provavelmente a mais temida, devido à sua alta frequência e, sobretudo, pelos seus efeitos psicológicos, que podem afetar a mulher na sua sexualidade e na própria percepção da sua imagem corporal. É relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária a sua incidência cresce rápida e progressivamente.

O aumento gradual da incidência dessa patologia é persistente, sendo reflexo da incapacidade de se diagnosticar precocemente a doença, motivo que tem contribuído para o aumento da taxa de mortalidade (HALBE, 1998).

Um dos principais sintomas do câncer de mama é o aparecimento de nódulo no seio, com ou sem irritação e dor local. As formas mais eficazes para detecção precoce deste câncer são: o auto-exame das mamas; o exame clínico, feito mediante a anamnese e o exame físico; assim como a mamografia (BRASIL, 2002).

No que se refere aos recursos utilizados para o diagnóstico desta afecção, Silva e Mamede (1998, p.809) confirmam: “Atualmente, a mamografia é o exame mais sensível para a detecção do câncer de mama. Ela é usada para o rastreamento do câncer na ausência de sinais e sintomas.”

Muitos cânceres de mama são também detectados pelas próprias mulheres, daí porque a importância de ensinar-lhes como proceder e quando deve ser feito o auto-exame, já que a maioria das lesões é auto-detectável, facilitando a sua descoberta, o que pode levar ao diagnóstico e ao tratamento precoces com grandes possibilidades de cura.

Em se tratando da escolha do tratamento para o câncer de mama, tradicionalmente, deve-se levar em consideração a avaliação individual e criteriosa

de cada caso. Os parâmetros a serem analisados constituem as características do tumor, da mulher e da fase em que é diagnosticada a doença. Entretanto, existem outros tipos de tratamento que podem ser associados ou não ao cirúrgico, tais como a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia.

Ao tentarem conceituar a mastectomia, Bland e Copeland (1994, p. 623) afirmam: “É a remoção total da mama em bloco, dos músculos peitorais e conteúdo axilar.” A realização desse procedimento, bem como as suas eventuais repercussões, podem ocasionar nas mulheres um quadro de depressão nos diversos graus, distúrbios psicóticos ou transtornos de personalidade. Temem o que pode vir a acontecer, como as mudanças na sua vida, o risco de metástases ou recidivas da neoplasia, assim como a finitude da vida.

Não podemos desconsiderar que, na cultura ocidental, a mama exerce um papel significativo para a mulher. Logo, o efeito da mastectomia na sua vida pode resultar em uma série de reações como o desfiguramento do seu corpo, a perda de atividade sexual, a angústia, o temor e a alteração no comportamento (SILVA; MAMEDE, 1998).

Na visão de Schilder (1980, p.11), a imagem corporal significa “[...] figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós”. Ao concordar com esta autora, acreditamos que a perda de uma mama pode resultar em uma imagem alterada do corpo e do autoconceito, além de preocupações psicossociais que incluem incertezas quanto ao futuro, medo de recorrência e impacto do câncer e do seu tratamento.

Não podemos esquecer que os seios são vistos como uma forma de expressão de feminilidade e sexualidade da mulher. São estruturas que, além de se desenvolverem como símbolos sexuais, desempenham uma tarefa importante e exclusiva da mulher: a amamentação. A sua perda constitui, portanto, uma mutilação irreparável em determinadas situações da vida. Ao ser relacionada com a integridade física, a construção da auto-imagem fica possivelmente comprometida, o que pode modificar a identidade da mulher tanto nos aspectos sociais como sexuais.

Na vida social, o estigma que gira em torno da mulher mastectomizada é ainda muito forte, o que tem contribuído para a sua marginalização. A nova imagem adquirida faz com que ela crie também uma nova identidade tanto social como sexual; socialmente, a mulher sente-se discriminada pela sociedade, pois, a depender do tratamento, ela pode ficar impedida de desempenhar papéis que anteriormente desempenhava; sexualmente, julga-se incompleta, mutilada, já que o órgão tem função relevante no ato sexual (FERNANDES, 1997).

A perda da mama, associada a um tratamento agressivo ao organismo como a quimioterapia, pode provocar mudanças no estilo de vida e influenciar negativamente no comportamento, por despertar sentimentos de desvalorização pessoal, alteração do autoconceito e da auto-estima e, como resultado, a mulher poderá sentir-se incapacitada, temendo tornar-se menos importante para si e para os outros.

O conjunto de circunstâncias vivenciadas com o diagnóstico do câncer e com a mastectomia fará com que a mulher externalize os seus sentimentos por meio da rejeição, tristeza, vergonha e solidão.

## CAMINHO METODOLÓGICO

Adotamos o método qualitativo, por entender, que este permite apreender o objeto de investigação, valorizando: “O universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (MINAYO, 1998, p.21-22.).

O campo de estudo que utilizamos foi uma clínica de oncologia credenciada ao SUS, no município de Feira de Santana-Ba. A entrada no campo deu-se mediante aprovação documentada da Instituição, emitida pelo seu diretor.

Os sujeitos da pesquisa foram nove mulheres mastectomizadas que fizeram tratamento e/ou acompanhamento quimioterápico na referida clínica. Foi garantido às mesmas o sigilo e o anonimato do conteúdo das entrevistas, conforme

a Resolução 196/96 do Conselho Nacional em Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1998).

Para a coleta de dados primários, utilizamos a técnica da entrevista semi-estruturada, pois esta: “[...] ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação.” (TRIVINOS, 1987, p.146).

Para a realização das entrevistas, elaboramos um roteiro com duas partes. A primeira constou dos dados de identificação das entrevistadas (idade, estado civil, ocupação, escolaridade, número de filhos, tratamento clínico, tempo da mastectomia), enquanto a segunda foi composta dos questionamentos a seguir: Como você via o seu corpo antes e como vê após a mastectomia? Como foi para você o momento do diagnóstico? O que significa a mastectomia para você?

Ao considerar que os discursos deveriam estar direcionados ao objeto do estudo, tentamos interagir com as entrevistadas, aprofundando-nos nas questões, a fim de complementá-las, quando necessário. As entrevistas foram registradas com o uso do gravador, mediante permissão das entrevistadas e as suas assinaturas no termo de consentimento.

Antes da efetivação da pesquisa, testamos o instrumento de coletas de dados — pré-teste — com a finalidade de avaliar se o roteiro da entrevista respondia aos objetivos propostos pelo estudo. Posteriormente, realizamos a coleta de dados propriamente dita. O seu quantitativo não foi pré-estabelecido, visto que esta pesquisa: “Não se baseava no critério numérico para garantir sua representatividade, mas sim abrangia a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.” (MINAYO, 1998, p.43). As entrevistas foram finalizadas, à medida que as respostas dos sujeitos tornaram-se repetitivas.

Procedemos à análise dos dados de forma dinâmica e contínua, durante todo o processo de coleta, o que possibilitou o aprofundamento das questões. A análise foi construída em torno da leitura minuciosa e cuidadosa dos textos extraídos das entrevistas, destacando idéias-chave, procurando elaborar significados e interpretações, com base

nas falas das entrevistadas. Estas entrevistas deram subsídios para a construção das categorias, apoiadas no referencial teórico do objeto em questão, possibilitando-nos analisar como a mulher mastectomizada concebe a sua imagem corporal.

## RESULTADOS

Ao compreender que a imagem corporal elaborada pela mulher mastectomizada pode ser reflexo do significado atribuído à mama, da forma como é recebido o diagnóstico do câncer e do que se constitui a mastectomia, apresentamos as categorias que emergiram das falas contidas nas entrevistas: mama-estrutura e simbologia; revelação do diagnóstico: um momento para se refletir; a mastectomia e o seu significado para a mulher; a percepção da auto-imagem corporal pela mulher mastectomizada.

### **Mama: estrutura e simbologia**

As mamas são estruturas que mantêm uma relação com os órgãos de reprodução por serem responsáveis pela produção de leite e servirem como o seu reservatório. Esta produção e armazenamento podem culminar no ato de amamentar. É por meio deste ato que se torna possível manter uma relação constante de afeto entre mãe e filho, o que fortalece o vínculo estabelecido entre ambos, desde o período gestacional.

A fala a seguir, confirma a representação da mama na vida da mulher, configurando-se como símbolo de afetividade e maternidade.

“A mama é muito importante; eu tive meus filhos, dei mama muito tempo a eles, já imaginou hoje como seria sem elas? Não podia mais amamentar.” (Ent. 06).

Leal (2000, p.21) afirma que os seios proporcionam também “[...] sensações incríveis de prazer e sacia a fome, inclusive de aconchego e afeto, dos nossos filhos pequenos.” Do ponto de vista anatômico, a mama é uma glândula constituída externamente por mamilo, aréola — parte pigmentada ao redor dos mamilos —,

tubérculos de Montgomery — glândulas sebáceas existentes nas aréolas. Internamente, é composta de tecido glandular, tecido adiposo e alvéolos — células responsáveis pela secreção do leite. De acordo com Bethea (1982, p.14): “Cada mama consiste em 15 a 20 lobos, e cada lobo contém muitos lóbulos. Os lóbulos contém muitas pequenas células chamadas *ácinos* ou alvéolos.”

Em nossa sociedade, 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, assumindo, desta forma, maior dimensão. Segundo Fernandes (1997), as mamas são símbolos da feminilidade e são órgãos extremamente importantes, principalmente para a mulher em atividade sexual, na sua auto-identificação corporal.

A mama, como parte do corpo feminino, tem recebido significados diversos e contribui, inclusive, na elaboração da imagem corporal da mulher. Esta imagem elaborada pode estar relacionada com a integridade física, estética e diretamente às questões da sexualidade feminina. Em vista disso, como estruturas que fazem parte do corpo da mulher, muitas vezes, as mamas são responsabilizadas simbolicamente pela sua identidade. De acordo com Fernandes (1997, p.49), as mamas assumem a identidade sexual feminina como referência somática, entre outros caracteres sexuais extragenitais. Mesmo sendo consideradas biologicamente como órgãos secundários, têm importância social maior que os caracteres primários, pela sua visibilidade. Assim sendo, assumem importância maior que a própria genitália.

Os contatos com as entrevistadas permitiram-nos perceber a valorização dada às mamas, expressa nos relatos a seguir:

“Sempre vi o seio como uma parte importante do meu corpo, uma área nobre, bem valorizada [...] com os seios tudo fica mais bonito, você fica completa.” (Ent. 01).

“[...] eu sempre dei valor às minhas mamas, pois achava muito importante na sexualidade e estética da mulher.” (Ent. 02).

“O seio significava para mim muita coisa, uma parte do meu corpo que, para nós mulheres, é muito importante. Eu me achava mais feminina; sexualmente, o seio é muito importante [...] é uma parte fundamental da vida do casal.” (Ent. 05).

“A mulher fica perfeita com a mama. Representava uma parte do meu corpo que eu dava muito valor.” (Ent. 06).

Estes fragmentos de fala mostram a representatividade da mama para a mulher como símbolo de beleza e erotismo. No entanto, o conteúdo da entrevista 06, complementando o seu discurso, refere que a mama significa uma estrutura importante para a relação mãe-filho nos primeiros meses de vida.

A importância atribuída às mamas faz com que exerçam forte influência na vida da mulher. Pelos seus atributos da beleza feminina compõem a imagem corporal da mulher, fazem parte da sua identidade sexual e são indispensáveis à função da maternidade.

Depoimentos de outras entrevistadas refletem um outro significado. Nestes, as mamas são percebidas como uma estrutura que, juntamente com outras, compõem o corpo da mulher sem receber necessariamente uma valorização especial. As falas dessas mulheres refletem que ter saúde, bem-estar físico e emocional é muito mais importante e fundamental para a vida. Na perspectiva de promover a saúde, mutilar fisicamente uma parte do seu corpo e especificamente a mama é aceitável, até pelo fato de a perceberem como uma outra parte qualquer do corpo.

“O seio para mim é como uma mão, um braço; para mim, a saúde que é tudo.” (Ent. 04).

“Sempre encarei meu corpo naturalmente e em relação à mama, para mim, era vista normalmente, como qualquer outra parte do meu corpo.” (Ent. 09).

Por outro lado, parece que a idade avançada tem bastante influência para que o problema seja enfrentado por este ângulo. Fazemos esta afirmativa, baseada na faixa etária das entrevistadas no momento da coleta de dados: de 50 a 60 anos.

Em síntese, sobre esses relatos da pouca relevância da mama em relação a outras estruturas do próprio corpo, para algumas mulheres, partindo do princípio de que a mama da mulher acometida pela neoplasia sofre elevada perda na sua função por ser muito agredida ou mesmo retirada, acreditamos que isto pode desencadear uma série de reações biopsicossociais, chegando a provocar desequilíbrios orgânicos e mentais, bem como influenciar decisivamente no seu comportamento.

### **Revelação do diagnóstico: um momento para se refletir**

A discussão sobre o diagnóstico do câncer é freqüentemente problemática. A forma de receber o diagnóstico tem influência cultural muito forte, variando segundo crenças e ideologias presentes em cada sociedade e em cada ser.

Participar ou não um diagnóstico de câncer pode ser uma decisão difícil para (as)os profissionais de saúde. Muitas(os) fazem a opção de revelar a verdade, enquanto outras(os), escolhem comunicar aos familiares. É fundamental, ao se compartilhar o diagnóstico, que sejam ressaltados também os aspectos sadios da mulher, bem como que a doença seja desmistificada, desconceituando-a como sentença de morte e de dor infinita.

Em decorrência do estigma atribuído ao câncer, visto como uma doença maligna associada à idéia de morte, o diagnóstico pode causar impacto e provocar desarranjos emocionais nos indivíduos acometidos por esta neoplasia. Além dos problemas emocionais provocados pelo diagnóstico de um câncer, existem também aqueles que surgem conseqüentes da relação médica(o)-cliente, que se estabelece durante o processo de elucidação diagnóstica.

A forma como a mulher passa a conhecer a presença de uma neoplasia mamária e como a relação médica(o)-cliente se estabelece podem desencadear uma série de reações do tipo negação, pânico, depressão, desespero, desamparo, pessimismo, disfunção social, embora ocorram enfrentamentos com reações contrárias, como aceitação da enfermidade, otimismo e esperança.

Uma alternativa para se revelar o diagnóstico de um câncer seria, quando a(o) profissional tivesse estabelecido uma relação de confiança com a cliente, de modo que a notícia não venha a se tornar uma revelação impessoal, dura, cruel, desumana e até mesmo considerada como uma sentença de morte. Um número crescente de profissionais de saúde acredita que assumir uma atitude mais aberta, respeitando o lado emocional do cliente, pode ajudar a mulher a conviver com o diagnóstico e se beneficiar do seu tratamento; esta atitude atenua o risco de estresse, associado a uma revelação franca do diagnóstico do câncer (SILVA; MAMEDE, 1998).

O medo do câncer de mama tem estigmatizado muitas mulheres com esse problema. As entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa permitiram-nos perceber que muitos depoimentos estavam relacionados com a expectativa do recebimento do laudo diagnóstico, pois demonstravam temer a confirmação de uma neoplasia maligna. Não obstante a divulgação dos avanços tecnológicos científicos alcançados para o tratamento do câncer, o diagnóstico é visto por muitas mulheres ainda com temor e medo que se aproximam do recebimento de uma sentença de morte, como atestam os fragmentos das falas das entrevistadas.

“Foi muito forte, chorei demais [...] eu achava que ia morrer.” (Ent. 01).

“Fiquei num desespero terrível, o médico fez uma pressão comigo [...] fiquei totalmente desnorteada [...] me achei sem o apoio de ninguém [...] estava desesperada, entrei em pânico, aquela depressão terrível, só sentia vontade de chorar e morrer.” (Ent. 02).

“Na hora me deu uma dor na coluna que eu não conseguia controlar o meu corpo. E também câncer para mim significava morte [...] chorei muito, ao chegar em casa tive aquele pressentimento, que meu caixão estava ali na garagem [...] câncer para mim era uma doença que não tinha cura.” (Ent. 05).

“[...] fiquei desesperada, foi uma coisa terrível para mim, cheguei em casa desesperada,

chorei muito, foi horrível, me desgostei muito.” (Ent. 07).

Estes depoimentos são reveladores de que o diagnóstico médico produz, muitas vezes, emoções descontroladas. Desgosto, angústia, finitude da vida, desespero, podem estar presentes e se intensificar, tornando mais agravante a situação quando a mulher não encontra suporte emocional, carinho e apoio que a família e profissionais de saúde poderiam proporcionar-lhe.

Neste sentido, Silva et al (1991) afirmam que é natural, diante da possibilidade do diagnóstico do câncer de mama, que a mulher vivencie um estado de crise emocional. A seqüência de negação, culpa, reações impulsivas (raiva, tristeza), depressão e aceitação que, obrigatoriamente, fará parte do seu mundo experiencial, será rapidamente elaborada, a depender do suporte emocional recebido. O resultado do diagnóstico e os efeitos do tratamento têm implicações importantes para a família e os amigos, como também para a mulher que vivencia este momento. Não é apenas a doença em si que é difícil, mas também o significado implícito que lhe está associado. Logo, a capacidade de proporcionar à cliente apoio emocional pode influenciar no ajuste em longo prazo.

Assim, é notória a importância da tríade — cliente, profissional de saúde e família — para o processo do diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Para a mulher, é fundamental a forma como a família reage ao diagnóstico, pois o apoio familiar é um dos recursos externos de grande relevância.

Em nossa sociedade, por se constituir como núcleo básico e primário na vida das pessoas, a família tem imprescindível participação no enfrentamento dos obstáculos vivenciados por alguém que convive com neoplasia mamária. O suporte emocional fornecido pelos membros da família, possivelmente, dará estímulo e força à mulher, possibilitando-lhe garantir um ajustamento mais saudável à sua nova condição de saúde.

Dessa forma, é evidente o papel da família como componente essencial na recuperação e, conseqüentemente, na segurança pessoal. A integração e a harmonia familiar são elementos construtivos que, possivelmente, farão a mulher se

sentir mais livre e mais participativa na mobilização dos recursos para a auto-ajuda e ajuda mútua durante o desenvolvimento do tratamento (SILVA; MAMEDE, 1998).

“Minhas filhas choraram também, mas depois tentaram me consolar.” (Ent. 07).

“[...] a minha família se desmoronou, principalmente meu esposo, pois ele sabia da gravidade da doença e do tratamento que iria fazer.” (Ent. 09).

Estas falas mostram que o diagnóstico de uma doença grave pode desencadear um desequilíbrio, não só para a mulher como também para a família, gerando um clima de ansiedade e tensão familiar. É relevante a aceitação da família em relação ao diagnóstico de neoplasia mamária, na perspectiva de que a fase crítica da doença seja superada. O apoio e o carinho dado à mulher ajudam-na a enfrentar a(s) terapêutica(s) de forma menos traumática. A coragem, a esperança, a força, tanto interna quanto externa, auxiliam no sucesso do tratamento e na recuperação mais rápida.

A postura da(o) profissional de saúde é também importante, devendo ser de aliada(o), alguém que além da sua capacidade profissional transmita segurança, atenção, interesse pelo problema de saúde trazido pela mulher. O relacionamento interpessoal médico-cliente desempenha papel relevante no processo do diagnóstico, devendo a experiência da confirmação diagnóstica ser compartilhada numa comunhão de pensamentos, sentimentos, constituindo-se uma interação terapêutica de fortalecimento, de ajuda e de solidariedade. Esta interação é caracterizada como um processo em que uma pessoa tenta, de forma consciente, ajudar o outro, capacitando-o a melhor enfrentar a vida e as dificuldades que surgem do viver. A efetivação dessa interação terapêutica requer o reconhecimento do outro como pessoa, a identificação das suas necessidades, apreensões, receios, medos com vistas nos possíveis problemas que o diagnóstico pode gerar, tanto no âmbito biológico como psicológico (SILVA; MAMEDE, 1998). Caso contrário, ocorre a elaboração de conceitos negativos, como foi expresso no depoimento da entrevistada a seguir:

“São médicos que não dão uma palavra de conforto aos pacientes [...] fazem um terror.” (Ent. 02).

A fala mencionada reafirma o pensamento de Bird (1978, p. 9) quando diz:

O êxito no diálogo com o paciente sem dúvida será maior se o profissional de saúde age como um ser afável, sinceramente interessado nos problemas de outro ser humano em lugar de agir como um autômato profissional despejando perguntas sobre um objeto indefeso e inerte.

Isto mostra que se o médico, ao ter pleno conhecimento das circunstâncias da vida da mulher, estabelece processos de escuta e diálogos, muitas vezes, conseguirá compreender a sua incapacidade em reagir adequadamente à doença. A assistência oferecida à mulher por um profissional de saúde que se interesse não apenas pelos sintomas da doença, mas também pelas suas expectativas, tensões, inquietações e experiências fazem-na sentir-se mais confiante frente ao diagnóstico de uma neoplasia e levam-na a acreditar no tratamento e na cura da doença. Tendo em vista que o processo de adoecer envolve todo um contexto sócio-cultural e emocional, Bird (1978, p. 3) afirma: “Conhecer apenas as causas imediatas da enfermidade é se restringir somente aos momentos finais da história da doença.”

Nas entrevistas, pudemos perceber que, para algumas mulheres, o processo do diagnóstico não causou grande impacto, talvez até pela sua simplicidade, compreensão e fé em aceitarem naturalmente a nova situação, não se sentirem mutiladas, porém confiantes num resultado positivo.

“Não tive tristeza, desgosto, não me desesperei em momento nenhum. Aceitei o diagnóstico numa boa. Fiquei calma, tranqüila [...]” (Ent. 03).

“Não me abalou, não fiquei doente, tirei o caroço, tratei o curativo, sarou e pronto. Nunca me senti doente.” (Ent. 06).

“Reagi normalmente [...] não tive problema de depressão, pois tenho muita fé em Deus. Não sofri nenhum impacto [...] em momento

nenhum eu chorei, sempre confiei que iria dar certo. Em momento nenhum me senti como uma doente.” (Ent. 09).

O relato da entrevistada 09 mostra que a crença religiosa ajuda no enfrentamento da doença e na melhora da qualidade de vida da mulher, por ser capaz de manter um sentido existencial e um bem-estar espiritual. Bird (1978) afirma que as crenças e o bem-estar espirituais influenciam o enfrentamento do câncer, controlam a dor, outros sintomas e o desenvolvimento de depressão clínica.

### **Mastectomia e o seu significado para a mulher**

A mastectomia é um ato cirúrgico que expressa reações diversificadas condizentes com os significados que cada mulher atribui ao seu corpo, como também ao contexto sócio-cultural em que está inserida. Corresponde a um momento muito delicado e importante na vida da mulher que se submete a este procedimento, visto que a cirurgia traz consigo uma representação muito forte no tratamento da doença.

Negrini e Rodrigues (2000) referem que a resposta à mutilação é individual. No entanto, de um modo geral, a mastectomia é vivenciada pela maioria das mulheres que a realizaram com muita incerteza e desespero, além do desconforto físico provocado pela cirurgia, considerada de grande porte e mutiladora. A tendência é que, processualmente, muitas se acostumem com a extirpação da mama, passando a conviver com a sua ausência, adaptando-se às limitações trazidas pela doença e pela cirurgia.

“Quando a gente faz a cirurgia, a gente fica de repouso, não pode fazer nada. Não fazia trabalho de casa, parei de fazer tudo.” (Ent. 01).

“[...] não lavo mais roupa e nem pego peso. Às vezes, quando faço esforço, eu sinto doer no local da cirurgia. O que me chocou muito com a mastectomia é que hoje não visto mais as minhas blusinhas decotadinhas.” (Ent. 02).

“Não posso tirar pressão no braço do lado que foi feita a cirurgia. Não posso usar pulseira



apertada. Esse braço serve como apoio, é como se ele não existisse para as outras coisas. Não posso tomar injeção, nem tirar sangue, não posso pegar peso, nem dormir do lado do braço.” (Ent. 04).

A mudança na vida cotidiana, expressa nos depoimentos acima, demonstra que a vida destas mulheres estava voltada à sua funcionalidade pessoal. Como conseqüência da neoplasia e posterior tratamento cirúrgico, o retorno ao trabalho e às suas atividades sociais tornou-se limitado, restringindo as suas funções, o que pode gerar uma sensação de inutilidade entre elas.

Além dos problemas de ordem física, existem aqueles referentes à restrição dos movimentos e atividades, à redução da força do braço atingido, à mutilação e outros, pois a mastectomia, por gerar uma série de problemas emocionais e sociais, afeta profundamente o cotidiano da mulher. Como afirmam Negri e Rodrigues (2000, p.256): “A mulher mastectomizada é uma pessoa duramente atingida física, psicológica e socialmente, tanto pela doença como pela terapêutica.”

A adaptação à nova condição, o lidar com as limitações, com a nova imagem corporal, com a alteração do seu modo de vida e outros efeitos decorrentes da enfermidade, exige grande esforço por parte da mulher que vivencia esta situação, pois, em geral, não está preparada e nem tem condições de elaborar sozinha resposta positiva para os acontecimentos diários. As dificuldades desse momento doloroso abalam o seu equilíbrio, podendo afetar o seu relacionamento intra e interpessoal.

À medida que as entrevistas se realizavam, pudemos observar, pela convivência com estas mulheres, que as suas expectativas, os seus sonhos voltavam-se para a esperança de cura, para os problemas do conviver com o câncer e para a necessidade da busca interior, de uma crença religiosa; um suporte que transcendesse a sua preocupação na esfera biológica. Tais manifestações de vontade de viver, de fé, de esperança assemelham-se a um ponto forte que lhes assegure uma imagem positiva, luminosa para o enfrentamento do futuro e, conseqüentemente, da

realidade. Sentimentos variados como desespero, medo, aceitação, bem como o impacto do diagnóstico e a (re)adaptação à nova imagem corporal, muitas vezes permanecem reprimidos, por algumas razões nem sempre conhecidas, até mesmo para essas mulheres. No entanto, somente elas são capazes de perceber e sentir a profundidade dos problemas presentes na sua existência (SILVA; MAMEDE, 1998). Perder os seios é, para a mulher, um luto quase insustentável em determinadas situações vitais, pois eles se constituem em elemento primário da feminilidade; sendo assim, a sua perda ou mutilação equivale à idéia de castração (FERNANDES, 1997).

Com isso, muitas vezes, somos incapazes de avaliar as repercussões emocionais que esta cirurgia pode trazer na vida de uma mulher. Vejamos os relatos:

“Pra mim foi uma coisa triste, pois tirou uma parte do meu corpo; me senti mutilada, mas agradeço a Deus muito porque se não fosse ela talvez estivesse sem a minha vida hoje.” (Ent. 07).

“Foi muito ruim, acho muito estranho, às vezes me dá tristeza porque, quando a gente perde um órgão nunca é a mesma coisa, principalmente se for externo. Sinto-me lesada.” (Ent. 07).

Sentimentos de perda, tristeza, incapacidade física permeiam as falas dessas entrevistadas, visto que a experiência de ser mastectomizada tem repercussões muito fortes, já que representa uma agressão à mama. Nas falas, a fé religiosa é um “artifício” a que muitas recorrem para se sentirem fortalecidas.

Foram expressas reações de aceitação da mastectomia, embora estivessem relacionadas ao fato de não haver outra condição para atingir a cura. Vale ressaltar que, tanto no diagnóstico quanto no momento da retirada da mama, o apoio dos familiares e dos companheiros das mulheres com câncer de mama foi relevante.

“Aceitei numa boa, pois não tinha outro jeito. Ela significou a minha vida, poupou a minha

vida, porque se eu não tirasse não teria como escapar. Meu esposo ficou um pouco abatido com a notícia, mas reagiu numa boa. Não disse nada, pois viu que não tinha jeito.” (Ent. 03).

“Meu marido não se incomodou em eu ter retirado a mama, apesar de ter chorado quando soube que eu estava com essa doença.” (Ent. 04).

Nesses relatos, fica evidente o quanto é importante a participação e compreensão do marido para o enfrentamento da situação da mulher com câncer de mama.

Diverge dessas falas, o depoimento de uma das entrevistadas, quando afirma não ter encontrado apoio tanto da família quanto, e especificamente, do marido. Este tipo de relacionamento pode ter afetado a sua auto-estima e a sua saúde e implicar na necessidade de aceitação, de afeição, de compreensão e de carinho.

“No momento, me achei sem o apoio de ninguém. Meu marido é muito insensível e não falou nada...” (Ent. 02).

De acordo com Silva e Mamede (1998, p.111): “A falta de apoio do marido pode ser uma forma de agressão à mulher, tornando-a, portanto, desestimulada a buscar melhores condições de sobrevivência.” A participação tanto da família quanto do cônjuge no processo de aceitação e cura da doença é significativa. Isto porque “[...] a cirurgia por mais agressiva que seja, é um recurso para a cura tão desejada.” (SILVA; MAMEDE, 1998, p. 111). Espera-se que o familiar, ao saber que um dos seus membros tem uma doença crônica, dê suporte, procure conter os seus sentimentos e dê um apoio afetivo e efetivo.

O medo evidenciado na fala a seguir mostra como a mulher reagiu frente à nova situação, relatando a dúvida quanto à permanência da doença no seu organismo e, com a certeza do diagnóstico, o quanto a cirurgia significou libertação, novas perspectivas e vontade de viver, uma vez que representou a salvação da sua vida.

“Quando eu ainda estava com o tumor na mama, que eu olhava, eu tinha medo dela.

Então, quando tive certeza do tumor, a retirada da mama foi um alívio para mim. Significou a salvação da minha vida, se eu não a retirasse significava a morte.” (Ent. 05).

Algumas referem que o câncer afetou-lhes emocionalmente, outras procuraram encarar o problema indiferentemente, referindo aceitar a cirurgia como parte do processo de cura. No entanto, conforme afirmativa de Silva e Mamede (1998, p.59): “A aceitação da situação na qual a mulher se encontra pode ser apenas aparente, momentânea, circunstancial, pois ela se encontra em fase inicial e progressiva do tratamento.”

As falas a seguir, manifestam este sentimento:

“Eu reagi normal à retirada da mama. Fui indiferente, porque eu não queria que ninguém sofresse por causa de mim. Então eu senti, mas não me abalei muito porque eu tenho meu esposo que é muito bom para mim, meus filhos também, e aí não quis deixá-los preocupados e nem vê-los sofrendo.” (Ent. 06).

“Acho que o ato cirúrgico na verdade trouxe para mim um sentimento de libertação, de reviver, de cura.” (Ent. 08).

“Quando retirei a mama, não tive complexo nenhum [...] não me afetou em nada. Encarei tudo normalmente. O que mais me chateava, eram as pessoas que vinham me visitar, pois elas me deprimiam, me diziam coisas do tipo que iria cair meu cabelo [...] A primeira coisa que olhavam em mim eram os seios.” (Ent. 09).

Enquanto algumas entrevistadas receberam suporte de pessoas da família e de amigos, na forma de interação, carinho, compreensão e atenção, outras referiram ter estabelecido com os familiares, uma relação permeada de desprezo, mágoas, tristeza e afastamento.

“Com os vizinhos a minha relação mudou. Eu tive uma vizinha que deixou de falar comigo. Ela era uma pessoa que gostava muito de mim, conversava, mas depois que eu fiz a cirurgia ela não falou mais comigo, passa por mim e faz de conta que não me conhece.” (Ent. 05).

O afastamento de amigos pareceu dificultar ainda mais a adaptação da mulher à sua nova condição de vida. A amizade é uma fonte de apoio, que contribui para que a mulher não se afaste da sua vida social e amenize a forma de perceber o câncer como uma doença extremamente estigmatizante, de perigo eminente.

Frente a essa sensação de perigo, de desfiguramento que, por sua vez, gera profunda tensão emocional, alguns depoimentos revelam que a mastectomia pode ser vista como a salvação da vida. Recorrem à crença religiosa como um reforço para se salvaguardarem do problema, talvez até por perceberem que a fé é a grande companheira nos momentos de maior dificuldade na vida.

“Representou a salvação da minha vida juntamente com a fé que tenho muito forte no meu pai Jesus Cristo.” (Ent. 01).

“Eu agradeço muito a Deus pela cirurgia, pois, no meu caso, teve jeito.” (Ent. 02).

“É uma provação de Deus, pra ver até onde eu vou em confiança a ele [...] Eu tenho muita confiança Nele, chamo muito por Deus.” (Ent. 04).

“A partir do momento que soube que ia perder a mama, fiz uma colocação com Deus e disse para ele: ‘Senhor eu vou entrar nesse barco e cruzar meus braços, e vou deixar que Tu remes esse barco, para onde me levar eu irei feliz.’ E tenho certeza de uma coisa: eu não vou morrer, porque meus filhos estão aqui e precisam de mim; posso passar o que for, não vou temer a nada. Só tenho certeza de uma coisa, que o Senhor vai estar ao meu lado o tempo todo.” (Ent.05).

Nestas falas, o apego das entrevistadas ao Ser Supremo é muito forte, revelando fortalecimento e segurança. O sentimento de religiosidade parece auxiliar na recuperação da mastectomizada e promover a sua adaptação ao seu novo corpo, ao seu novo estilo de vida como também ao processo de adoecimento.

### **Percepção da auto-imagem corporal pela mulher mastectomizada**

A perda da mama pode atingir profundamente a mulher, pois essa parte do seu corpo, simbolicamente, representa feminilidade, maternidade, sexualidade e estética, características da sua condição de mulher. Silva e Mamede (1998, p. 75) destacam que, com a mastectomia: “A imagem de uma pessoa completa, de um corpo são e perfeito deve desaparecer e uma nova imagem deve ser criada assumindo a forma defeituosa, incompleta, entretanto viável e digna de ser reconhecida e valorizada.” As falas das entrevistadas, no entanto, expressam a importância da integridade física e preservação da beleza corporal:

“Quando vou tomar banho, não gosto de passar a mão, acho uma coisa tão estranha [...] não gosto de me olhar no espelho, nem de passar a mão, porque me dá agonia. Fico sem querer encarar o novo corpo.” (Ent. 01).

“Eu não gosto de me olhar, porque é muito feio, sinto tristeza quando olho.” (Ent. 02).

“Eu evito ao máximo me olhar, porque sinto falta de algo [...] nasci perfeita e hoje não estou mais. Então não gosto de me olhar e não me sinto à vontade na frente do meu marido.” (Ent. 06).

Negrini e Rodrigues (2000) trazem a afirmativa de que, ao não aceitar o corpo após uma mastectomia, surgem distúrbios na auto-imagem da mulher. Dizem as autoras: “O esquema corporal faz parte da auto-imagem e qualquer mudança na sua estrutura ou funcionamento é percebida pelo indivíduo como uma ameaça à integridade do seu ego.” (NEGRINI; RODRIGUES, 2000, p. 256).

Refletir o que a extirpação da mama representa para o ego feminino instrumentaliza a(o) profissional de saúde a escolher caminhos que ajudem a mulher a encarar com resignação e confiança as dificuldades trazidas por tal mutilação, haja vista a nova imagem visual construída, que não é igual àquela elaborada ao longo da vida. Como uma das grandes marcas da personalidade

feminina é a vaidade, o sofrimento maior decorre da nova percepção da imagem corporal.

Silva e Mamede (1998) salientam que a imagem corporal e a auto-estima estão estreitamente inter-relacionadas e são influenciadas pela condição sócio-econômica, psico-espiritual e emocional da família, ambiente social e filosofia de vida. Quando vivenciadas de forma satisfatória, essas condições podem repercutir significativamente na vida do ser humano, seja pela aparente segurança interior, seja pela confiança nas relações interpessoais ou pela esperança e disposição necessária à manutenção da vida e do impulso criativo.

As falas contidas nas entrevistas 01, 02 e 04 convergem para a dificuldade da mulher em incorporar a imagem a um novo corpo. Isto é percebido quando os seus depoimentos evidenciam sentimentos de rejeição, falta de auto-estima, sensação de vazio, incompletude, entre outros.

“Fico sem querer encarar o novo corpo.” (Ent. 01).

“Prefiro evitar me olhar. Não me sinto mais a vontade [...] É aquela sensação de vazio, me sinto incompleta.” (Ent. 02).

“Eu não gosto de me olhar. Deus me deu duas mamas [...] ficou aquele vácuo.” (Ent. 04).

Ao viver em uma sociedade que dá tanta ênfase nas mamas como símbolo de feminilidade e sexualidade, é fácil ver como o simples pensamento da perda da mama pode impor uma grande ameaça à auto-estima (BLAND; COPELAND, 1994). A perda da mama associada à percepção da imagem corporal traz também sensação de desfiguramento, vergonha, constrangimento e, ainda, impõe mudanças radicais ao estilo de vida da mastectomizada. Essas mudanças, segundo Silva e Mamede (1998, p.70-71):

Podem influenciar negativamente no comportamento da mulher, como aparecimento de sentimento de desvalorização pessoal, com a conseqüente alteração do auto-conceito. E como resultado do grau de auto-estima, a mulher poderá sentir-se incapacitada, com medo de tornar-se menos importante para si e para os outros.

A imagem corporal reflete o quadro mental elaborado de si mesmo que, por sua vez, tenderá a

repercutir na atitude diante do corpo. Negrine e Rodrigues (2000, p. 256) dizem: “A perda de uma parte do corpo como a mama acarreta sérios distúrbios de auto-imagem e, conseqüentemente, uma baixa auto-estima.”

A mutilação pela extirpação da mama exige incorporação de uma nova imagem corporal. Esta, por sua vez, poderá sofrer influência da atitude do companheiro, amigo e/ou família. 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 se aceitar mais facilmente e a se olhar com mais naturalidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato com mulheres que se confrontaram com o diagnóstico de câncer de mama e passaram por um processo de extirpação desta parte do seu corpo consolidou a concepção de que o cuidar em saúde requer uma atenção de apoio que transcende a terapia física; um fazer ancorado em algo mais que meramente o desempenho de técnicas e a execução de tarefas e procedimentos.

Ao considerar os problemas gerados pelo diagnóstico e pela mastectomia, que afetam a mulher bio-psíquico e socialmente, os recursos externos como o apoio da família, de profissionais de saúde, amigos, membros religiosos, tornam-se indispensáveis no decorrer da doença e do tratamento, para que as mulheres assumam as suas vidas, desenvolvam a sua autonomia, conduzam o seu viver, descobrindo formas de reconstruir uma nova auto-imagem e se autoperceber, sem, necessariamente, diminuir a sua auto-estima.

A integração da mulher ao seu meio social, sustentada por estímulos, encorajamento e ajuda, realizada por familiares, amigos ou mesmo o grupo de apoio é uma estratégia para que os obstáculos e os limites enfrentados pelo adoecer e pelo convívio com a mutilação sejam minimizados. O conviver e o partilhar com outras pessoas que já passaram pelas mesmas experiências contribuem também para que o sofrimento físico e funcional não sejam vividos intensamente. Sabemos que a neoplasia mamária constitui-se em uma doença

grave crônica, já que envolve uma série de alterações somáticas e psicológicas na mulher, podendo interferir na sua auto-estima, no seu relacionamento pessoal, na sua vida afetiva, social e profissional.

## REFERÊNCIAS

- BETHEA, Doris C. **Enfermagem obstétrica básica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982.
- BIRD, Brian. **Conversando com o paciente**. São Paulo: Manole, 1978.
- BLAND, Kirby I.; COPELAND, Edward M. **A mama: tratamento compreensivo das doenças benignas e malignas**. São Paulo: Manole, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; FIOCRUZ, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
- FERNANDES, Ana Fátima de Carvalho. **O cotidiano da mulher com câncer de mama**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.
- HALBE, Hans W. (Org.). **Tratado de ginecologia**. São Paulo: Roca, 1998. v.II.
- LEAL, Sylvia. **Por uma vida inteira: lições para entender, prevenir e vencer o câncer de mama**. Rio de Janeiro: Record, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília. de S. **Teoria método e criatividade**. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- NEGRINI, Marize Regina; RODRIGUES, Antonia Regina F. Relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente junto a mulheres mastectomizadas. **O mundo da saúde**, São Paulo, v.24, n.4, p.255-262, jul./ago. 2000.
- SCHILDER, Paul. **A imagem do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- SILVA, Henrique M. Salvador et al. Câncer de mama. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v.55, n.10, p. 809-820, 1991.
- SILVA, Raimunda M. da; MAMEDE, Marli V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: LCR, 1998.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 1987.