

MASTECTOMIA RADICAL E SUA INFLUÊNCIA SOBRE A VIVÊNCIA DA SEXUALIDADE FEMININA

MASTECTOMY RADICAL AND ITS INFLUENCE ON THE EXPERIENCE OF FEMALE SEXUALITY

MARCELA KAROLINE VITAL FAGUNDES^{1*}, MARINA MENEGUETTI VACCARO²

1. Acadêmica do curso de Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá, docente do curso de Psicologia da Faculdade Ingá.

* Rua Estrela Dalva, n. 309, Centro, Quinta do Sol, Paraná, Brasil. CEP: 87265-000. marcelakvital@hotmail.com

Recebido em 07/09/2015. Aceito para publicação em 14/12/2015

RESUMO

Sabe-se que o câncer de mama é uma doença que traz um grande impacto na vida da mulher, uma vez que suas formas de tratamento – mastectomia, quimioterapia e radioterapia - provocam não só alterações físicas, mas também sociais e emocionais. Frente a isso, o objetivo deste artigo foi identificar, através de revisão de literatura, a influência da mastectomia radical, um dos principais tratamentos para o câncer de mama, na vivência da sexualidade da mulher. Para o estudo, recorremos a livros e artigos que abordavam sobre a temática. A busca dos artigos foi realizada na ferramenta de busca Google Acadêmico e na base de dados Scielo. Os descritores utilizados para a busca foram: câncer de mama, reações emocionais, mastectomia radical e sexualidade. Foi constatado que a mastectomia radical pode afetar a identidade, a feminilidade e consequentemente a vivência da sexualidade da mulher. Observou-se também que a relação satisfatória entre a paciente e o companheiro contribui para um melhor enfrentamento do impacto causado pela mastectomia radical, superando assim, o sofrimento e o estresse emocional desencadeado por este.

PALAVRAS-CHAVE: Câncer de mama, reações emocionais, mastectomia radical, sexualidade.

ABSTRACT

It is known that breast cancer is a disease that brings a big impact on the lives of women, since their forms of treatment - mastectomy, chemotherapy and radiotherapy - cause changes not only physical, but also social and emotional. Faced with this, the objective of this paper was to identify, through literature review, the influence of radical mastectomy, one of the main treatments for breast cancer, the experience of sexuality of women. For the study, we turn to books and articles that addressed on the subject. The search for articles was held at the Google Scholar search engine and Scielo database. The descriptors used for the search were: breast cancer, emotional reactions, radical mastectomy and sexuality. It has been found that radical mastectomy may affect the identity, femininity and consequently the experience of sexuality of women. It was also observed that a satisfactory relationship between the patient

and the partner contributes to better face the impact of radical mastectomy, thus overcoming, the suffering and emotional stress caused by this.

KEYWORDS: Breast cancer, emotional reactions, radical mastectomy, sexuality.

1. INTRODUÇÃO

Sabe-se que o câncer de mama é uma das doenças mais temidas pelas mulheres devido a sua gravidade e as significativas mudanças que repercutem em todas as esferas da vida da mulher após o diagnóstico. Não há uma causa única e específica do câncer de mama, mas sim uma série fatores que podem envolver aspectos genéticos, hormonais e ambientais que contribuem para o seu desenvolvimento.

Os tipos mais comuns de tratamento do câncer de mama são a quimioterapia, radioterapia e mastectomia (cirurgia de amputação). O tratamento utilizado dependerá do estágio em que doença se encontra, mas segundo estudos do Instituto Nacional do Câncer, o INCA (2015)¹, a mastectomia é a prática mais usada em mulheres acometidas pelo câncer.

Ao se submeter à retirada da mama, certamente a mulher passa por uma grande mudança, podendo interromper os hábitos de vida tanto dela, como de sua família, também provocando sentimentos de impotência e frustração, pois as mamas são vistas como uma parte importante de seu corpo, sendo símbolo da feminilidade, atração sexual e da amamentação. Independentemente da idade ou fase da vida em que acontece, as consequências da mastectomia são marcantes para as mulheres que a vivenciam.

Frente a isso, a presente pesquisa tem como objetivo, compreender, a partir de uma revisão de literatura, qual a influência da mastectomia radical sobre a vivência da sexualidade feminina. Acredita-se que a relevância de tal pesquisa está assentada no fato de ir à contramão da maioria das pesquisas que estão voltadas para o estágio inicial, ou seja, para a fase de diagnóstico e tratamen-

to do câncer, existindo poucos estudos sobre a situação psicossocial na fase pós-tratamento.

Assim, o estudo aqui proposto, visa trazer mais conhecimento acerca dessa fase que necessita, muitas vezes, de um cuidado psicológico em função das modificações e transformações ocasionadas pela mastectomia radical, uma vez que tal procedimento cirúrgico causa um grande impacto no aspecto físico, psicológico, social e, principalmente, na vivência da sexualidade.

2. MATERIAL E MÉTODOS

No que diz respeito aos aspectos metodológicos, este artigo consiste em uma pesquisa bibliográfica, que objetiva discutir sobre os aspectos emocionais e sociais que envolvem a vivência da sexualidade de mulheres submetidas à mastectomia radical, com base em referências teóricas publicadas em livros, artigos, teses e outros².

A pesquisa bibliográfica, segundo Marconi e Lakatos (2008, p. 43)³,

Trata-se do levantamento de algumas das bibliografias mais estudadas em forma de livros, revistas, publicações avulsas, sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com o que já foi escrito sobre determinado assunto, com objetivo de permitir ao cientista poder analisar ou manipular suas informações com outras bibliografias já publicadas.

A busca por esses materiais foi realizada através da ferramenta de busca Google Acadêmico e na base de dados Scielo. Os descritores utilizados para as buscas foram: câncer de mama, reações emocionais, mastectomia radical e sexualidade.

3. DESENVOLVIMENTO

Câncer de Mama: Conceito e Formas de Tratamentos

Segundo Silva (2008)⁴, há muito tempo o câncer é conhecido como uma doença agressiva que, na maioria dos casos, pode levar a óbito. O primeiro a usar a palavra câncer foi Hipócrates, que utilizava a denominação "kakinos" para se referir a alguns tipos de tumores.

No início do século XX, o câncer era caracterizado como contagioso e imoral. Acreditava-se, na época, que a doença poderia ser contagiosa e adquirida por meio de relações extraconjugais, sendo esta considerada como resultado de pecados e vícios. A noção do câncer como castigo foi gradualmente substituída a partir da década de 1950 e nas duas décadas seguintes surgiu a ideia de que o indivíduo mais propenso a desenvolver essa doença era aquele com personalidade marcada pela passividade, depressivo e com dificuldade de estabelecer vínculos afetivos⁴.

De acordo com o INCA (2015)¹ o câncer de mama se caracteriza pelo aumento rápido e desordenado das células

do tecido mamário. Nem sempre a doença é hereditária, uma vez que ela pode evoluir através das modificações genéticas.

As alterações genéticas podem ser desenvolvidas por vários fatores, entre eles: exposição a hormônios (estrogênios), irradiação na parede torácica para tratamento de linfomas, excesso de peso, ausência de atividade física, excesso de ingestão de gordura saturada e álcool⁶.

Costa & Gomes (2004)⁷ destacam que o corpo busca substituir células antigas por células novas, essas alterações algumas vezes saem do controle, produzindo muitas células e, assim, desenvolvendo o tumor.

Um tumor pode ser benigno ou maligno. Os benignos não são tidos como cancerígenos, suas células têm o porte próximo do padrão, elas se expandem de forma lenta e não invadem os tecidos próximos. Já os tumores malignos são cancerosos e, se as células não forem controladas, elas crescem, invadindo assim os tecidos e órgãos vizinhos, possivelmente espalhando-se em outras partes do corpo⁶.

De acordo com a OMS - Organização Mundial de Saúde em 2015, o câncer de mama se desenvolve a partir de células da mama, geralmente, nas células do epitélio que abrange a camada mais profunda do ducto mamário. O câncer de mama pode ser "in situ", quando não há perigo de invasão e metástase. Se o diagnóstico for estabelecido em fase precoce, os tumores podem ser curados.

Após o diagnóstico de câncer, o médico precisa verificar em qual estágio a doença se encontra, para então determinar qual tipo de tratamento será feito. Entre eles estão, a cirurgia, a radioterapia e a quimioterapia⁸.

A cirurgia é o método mais conhecido e eficaz. Há casos em que se consegue remover o tumor por inteiro, sendo desnecessário integrar qualquer outro tipo de tratamentos, já em outros casos, apesar da retirada total ou parcial da mama, ainda é preciso a realização de radioterapia e quimioterapia⁹.

A radioterapia é um método que utiliza radiação para destruir as células cancerosas, podendo ser realizada isoladamente ou em conjunto com a quimioterapia ou a cirurgia, dependendo do estágio clínico. Cada pessoa reage de forma diferente ao tratamento, no qual podem ou não surgir efeitos colaterais, os quais se destacam: cansaço, perda de apetite, náuseas, vômitos e dor¹.

Ainda segundo o Instituto Nacional do Câncer, a quimioterapia, é um tratamento químico, destinado a eliminar as células doentes que causam o tumor, impedindo que elas se espalhem pelo corpo. O tratamento é indicado com quatro finalidades, sendo: curativo (destruição total do tumor), adjuvante (prevenção de metástase e recaídas do tumor), prévia ou neoadjuvante (redução do tumor para posterior a cirurgia ou radioterapia) e paliativa (melhoria na qualidade de vida e aumento da sobrevida do paciente). Sua aplicação é definida pelo

médico, podendo ser: intravenosa (pela veia), via oral (pela boca), intramuscular (pelo músculo), subcutânea (abaixo da pele), intratecal (pela espinha dorsal) e tópica (sobre a pele). O tratamento quimioterápico também traz alguns efeitos colaterais como: perda da libido, perda de pelos e cabelos, diarreia, dor, ardência, náusea, vômito, entre outros.

Apesar das dificuldades do tratamento, é importante que a mulher consiga compreender que existem métodos eficazes e que ela pode ter qualidade de vida, apesar do diagnóstico. Contudo, na maioria das vezes, o diagnóstico está diretamente associado a sentimentos negativos, uma vez que o câncer e seu tratamento resultam em mudanças na imagem corporal, nas habilidades e desempenho das funções diárias dos pacientes e também da família, fazendo com que os mesmos só pensem nos aspectos negativos, o que pode trazer sofrimento psíquico.

Ao compreender como se dá o adoecimento pelo câncer e suas formas de tratamento, percebe-se que o sofrimento psíquico é inevitável, tanto para os pacientes, quanto para os familiares e, por isso, acredita-se ser de grande importância atentar para as possíveis reações emocionais causadas pelo impacto do diagnóstico.

Reações emocionais frente ao diagnóstico e tratamento

Sabe-se que o câncer é, na maioria das vezes, associado a sofrimento, dor, mutilação e até mesmo a morte. Assim é ainda o mais temido pelas mulheres, por acometer uma parte de seu corpo muito valorizada e que representa um papel muito significativo na identidade e sexualidade da mulher. Assim, é caracterizado por ser uma doença invasiva e agressiva, podendo ser traumática e causadora de sofrimento físico e psíquico¹⁰.

Quando a mulher é diagnosticada com o câncer de mama acaba obtendo uma nova identidade, já que a partir do diagnóstico várias mudanças ocorrem em sua vida e na vida de seus familiares, tais como: afastamento do trabalho e dos familiares para se dedicar ao tratamento, restrição nas atividades cotidianas e às vezes não pode sequer se dedicar ao cuidado dos filhos, da família e da casa como anteriormente.

Tais mudanças são acompanhadas de outros aspectos como: medo da morte, incerteza do sucesso do tratamento, medo da retirada da mama e a perda de algumas pessoas de seu convívio. Neste sentido, Vieira *et al.* (2007, p. 314)¹¹ apontam que “o câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento”.

A mastectomia e a quimioterapia destacam-se como os tratamentos mais temidos pelas mulheres. A mastectomia devido à retirada da mama e a quimioterapia pelos seus efeitos colaterais, tais como: náuseas e vômitos,

queda dos cabelos, entre outros. Estes efeitos dificultam a aceitação do tratamento e causam a rejeição do mesmo.

A mastectomia é um procedimento cirúrgico muito agressivo, pois se dá pela retirada parcial ou total da mama, assim está acompanhada de consequências traumáticas. Após a realização da retirada da mama, ocorrem consequências psicológicas que podem ser mais graves do que a própria mutilação da mama¹².

De início, é o médico quem deve informar ao paciente que sua vida irá sofrer certas transformações, que o tratamento é algo sério e contínuo e que carecerá de cautela e atenção. Frente a tais mudanças, não se sabe como o paciente irá lidar, o que se sabe é que essas mudanças provocam um sofrimento e que cada sujeito possui uma maneira individual de manifestar tal sentimento.

Todas estas mudanças desencadeadas pelo adoecimento e pelo tratamento podem trazer consigo várias perdas e, por isso, pode-se dizer que a mulher que é acometida pelo câncer de mama pode entrar num processo de luto. Luto este que não se refere só à morte física, mas também pela perda de uma parte significativa do corpo, que é a mama. Autores como, Bowlby (1985)¹³, concordam que a quebra do laço causado pela perda provoca uma sequência de reações e sentimentos considerados naturais. O luto é um processo de reorganização, diante disso ao elaborar o luto, a pessoa se torna capaz de lidar com a perda, assim encontrando novas formas de se estruturar diante de sua nova realidade. Bowlby (1985)¹³ cita a existência de quatro fases do luto, que podem se manifestar de forma diferente em cada sujeito em relação ao grau e durabilidade.

A primeira é a fase de choque e entorpecimento que pode vir a durar horas ou semanas, podendo ser acompanhada de aflição, angústia e raiva. Este é o momento em que o indivíduo encontra dificuldades em acreditar que aquilo está acontecendo. Neste período é necessária a presença de outras pessoas, no qual oferecem estímulos a paciente¹³.

A segunda fase refere-se ao desejo e busca pela figura perdida, tem duração por um longo período. A raiva pode aparecer nesta fase, especialmente quando o indivíduo se dá conta que houve uma perda, assim gerando desespero, preocupação, perda do sono, entre outros sentimentos. Isso porque a pessoa que está passando por esta fase tem o desejo de recuperar aquilo que perdeu, assim trazendo maior frustração. Nesta fase aparecem dois sentimentos diferentes que se oscilam, de um lado mais racional, o indivíduo sabe que aconteceu a perda e sofre com esse pensamento, do outro lado é mais emocional, onde ainda tem objeção em aceitar a perda. Não aceitando a realidade, o indivíduo tem um comportamento de busca pelo que foi perdido, sendo a principal característica desta fase. Sobre isso Bowlby (1985, p. 95)¹³ comenta “vemos, assim, que a busca incessante, a esperança intermitente, o desapontamento repetido, o

pranto, raiva, a acusação e a ingratidão são características da 2ª fase do luto, e devem ser encaradas como expressões da forte premência de encontrar e recuperar a pessoa perdida”.

A terceira fase é caracterizada pela desorganização e desespero, no qual são manifestas por meio do choro, desesperança e raiva, podendo assim, existir um sentimento no indivíduo de que nada mais vale à pena, vindo a se sentir incapaz de fazer algo. Muitas vezes está cercado de desejo de morte, pois acredita que a vida não tem mais sentido. Embora seja difícil a aceitação, o indivíduo necessita se adaptar a esta perda, assim completando a última fase¹³.

A última fase se dá pelo maior ou menor grau de organização, em que a pessoa aceita a perda. Este é um momento doloroso, mas fundamental, pois é quando o indivíduo retoma suas atividades se adequando às modificações causadas pela perda, assim restabelecendo sua vida.

Cabe enfatizar, que todas as pessoas que perdem um ente querido, partes significativas do corpo, emprego, bens, entre outros, podem passar por todo esse processo de elaboração do luto. Além de poder passar por estes estágios citados anteriormente para a elaboração das perdas sofridas durante o adoecimento, Kübler-Ross (2008)¹⁴ menciona cinco estágios emocionais que os pacientes normalmente passam ao descobrirem a doença, são eles: negação, raiva, barganha, aceitação e depressão.

O primeiro estágio é o da negação, que ocorre quando o paciente toma conhecimento da doença e acaba se recusando a aceitar o diagnóstico, ou seja, é uma defesa psíquica utilizada para negar ou para não enfrentar o problema. Assim, a negação é um mecanismo de defesa temporário, sua duração dependerá da intensidade que a mulher é capaz de lidar com essa dor do recebimento do diagnóstico, em geral, a negação não permanece por muito tempo, é comum que após o choque inicial ou quando o paciente estiver mais bem preparado queria falar sobre fim de sua vida, encarando agora sob uma nova ótica, mas também é necessário respeitar o limite do paciente.

Kübler-Ross (2008, p. 46)¹⁴ aponta que “a maioria dos pacientes não se serve da negação por muito tempo. Podem conversar rapidamente sobre a realidade de seu estado e, de repente, demonstrar incapacidade de continuar encarando o fato realisticamente”. Quando houver uma mudança na fala do paciente, por exemplo, se anteriormente falava abertamente sobre sua morte ou questões mórbidas e logo em seguida passa a falar de questões alegres e que seja exatamente o oposto desta fala anterior pode ser a defesa mais uma vez se manifestando é necessário que se ouça e compreenda o paciente e a situação difícil em que se encontra.

O segundo estágio ocorre quando o ego não conse-

gue manter a negação, assim, ele dá espaço para os sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. Os pacientes se sentem frustrados por estarem doentes, não se conformam com o diagnóstico, se revoltam com o mundo e passam a descarregar esses sentimentos tanto na família como na equipe médica. Muitas vezes, essa raiva é a reação à interrupção prematura de suas atividades, objetivos ainda não alcançados, construções que foram começadas e não foram concluídas.

Ainda em relação ao estágio da raiva encontramos o seguinte apontamento feito por Kübler-Ross (2008, p. 57)¹⁴ “um paciente que é respeitado e compreendido, a quem são dispensados tempo e atenção, logo abaixará a voz e diminuirá suas exigências”. Sabe-se que o paciente encontra-se em uma situação vulnerável, a raiva é sua defesa, uma forma de reagir à doença. Assim, familiares, médicos, psicólogos devem demonstrar apoio e compreensão as demandas do paciente para que este possa, progressivamente, ir diminuindo esses atos de raiva e voltando a uma condição mais equilibrada de suas emoções.

A pessoa, ao dar-se conta que a negação e a raiva não resolveram, passa para o terceiro estágio que é o da barganha. Nesta fase a paciente busca fazer algum tipo de acordo de maneira que as coisas possam voltar a ser como antes, assim, negociando sua cura com a equipe médica, com os amigos e com forças divinas, em troca de promessas, pactos e sacrifícios. “A maioria das barganhas são feitas com Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário do capelão [...]”. Psicologicamente, as promessas, podem estar associadas a uma culpa. “Portanto, seria bom se as observações feitas por esses pacientes não fossem menosprezadas pela equipe hospitalar”¹⁴.

Ao ver que não adiantou negar a doença, se revoltar e, muito menos negociar, o paciente percebe a realidade e assim entra no quarto estágio que é o da depressão. Nesta fase aparecem os sentimentos de tristeza, culpa, desesperança e medo. Percebendo que não consegue mudar esta situação, acaba se isolando do mundo externo, pois, surge um sentimento de grande perda. São várias as implicações neste estágio como questões financeiras, alto custo do tratamento e dos processos, fundos, dinheiro, poupanças e imóveis podem ser liquidados para custeio do tratamento, risco de demissões pelas faltas no emprego, são medos comuns a pacientes, além do medo de encarar a própria finitude¹⁴.

Por fim, percebendo que não alcançou a cura, a paciente aceita o diagnóstico, entrando, assim, no quinto e último estágio, denominado por Kübler-Ross, (2008)¹⁴ de aceitação. Nesta fase o indivíduo já não experimenta mais o desespero, pois consegue enxergar a realidade, assim estando pronto para enfrentar a situação com consciência. Aqui o que realmente é importante é que o paciente alcance a fase em paz e com dignidade, sem ser

confundida com um estágio feliz. Neste estágio lançar um olhar sobre a família também é de extrema importância. Já em relação ao paciente, este não enfrenta mais a oscilação gritante de sentimentos, “é quase uma fuga de sentimentos [...] as vésperas da morte, encontra uma certa paz e aceitação, seu círculo de interesse diminui”. Entretanto, o autor menciona que “há alguns pacientes que lutam até o fim, que se debatem e se agarram à esperança, tornando impossível atingir este estágio de aceitação”¹⁴. As lutas ou tentativas de negar o inevitável apenas tornam mais difícil se chegar ao estágio da aceitação.

É de importante relevância esclarecer que não existe uma sequência dos estágios como foi descrita acima, é comum pessoas que passam por este processo ficarem estagnados em uma das fases sem conseguir passar completamente por ela, outras não passam por todo o processo, nunca chegando a uma aceitação total.

Apesar da existência de estágios que caracterizam o processo de adoecimento, Silva (2008)¹⁰ nos diz que a relação entre o paciente e a doença é diferenciada de indivíduo para indivíduo, pois cada um traz um significado muito particular para a situação em que está passando.

Já Cardoso, *et al.* (2009, p.08)¹⁵ dizem que em alguns casos pode ocorrer à aceitação e adaptação do paciente a doença, mas quando não há esta adaptação é provável que o paciente enfrente problemas emocionais, tais como, ansiedade e depressão. Além das perturbações destacadas anteriormente, podem ocorrer também problemas com o sono, alimentação e conflito na esfera sexual.

Ao receber o diagnóstico do câncer de mama, a paciente e os familiares começam a se reorganizar, se adequando as modificações que ocorrem em sua vida social, familiar e profissional. Isso porque ao ser diagnosticada a paciente passa a frequentar outros ambientes que não eram habituais, tais como hospitais e clínicas, e a conviver com novas situações e pessoas como os profissionais que compõem a equipe de saúde e outros pacientes que também passam pelos mesmos tratamentos. Devido a essas alterações, tanto a paciente como sua família, precisam reorganizar o seu modo de vida, criando novos planos e perspectivas que se adequem ao diagnóstico. Assim, os fatores objetivos que contribuem para desencadear o sofrimento podem ser parecidos nos diversos pacientes, mas a forma com que cada um irá lidar e vencer este momento são únicos e singulares.

Completando, Silva (2009, p. 73)¹⁶, afirma que, mesmo quando a pessoa doente se recupera, torna importante um período de readaptação para sua redefinição tanto no meio social, profissional como familiar.

Tendo em vista as possíveis reações emocionais do paciente, podemos destacar um dos sentimentos mais comuns apresentados por mulheres pós-mastectomizadas que diz respeito à dificuldade de se relacionar sexual-

mente.

Mastectomia radical e a sexualidade

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o INCA (2015)¹, a cirurgia em que ocorre a retirada da mama, pele e complexo aréolo-papilar, chama-se mastectomia radical ou total. Sasaki & Lamari (1997)¹⁷ afirmam que a mastectomia radical é indicada em estágio avançado, tendo como objetivo final a retirada da mama, o músculo peitoral maior e menor, efetuando o esvaziamento axilar radical.

Conforme Silva, *et al.* (2010)¹⁰ as mamas são consideradas representações da identidade feminina, desempenhando um papel cultural de feminilidade e maternidade. “No imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos como amamentar, seduzir e acariciar, não combinando com a ideia de ser objeto de uma intervenção dolorosa”¹⁸.

A mama feminina é uma zona erógena, consequentemente fonte de prazer. Sendo assim, acariciar as mamas é uma ação normal durante o ato sexual. Portanto, sempre que é diagnosticado um nódulo mamário suspeito, que obriga a sua remoção, a mulher passa por um processo no qual tem que saber lidar com uma nova imagem corporal, sendo que esta exerce um impacto na esfera sexual¹⁹.

Para Silva (2008)⁴ o câncer de mama abala a identidade feminina, assim, compreender a mulher acometida pela doença é importante para que o tratamento se volte para uma mulher debilitada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade.

A retirada da mama é um procedimento que leva a uma grande mudança na vida da mulher, pois além de representar a perda importante de uma parte do corpo, ocasiona alterações biopsicossociais. Após a mutilação, a mulher pode vir apresentar várias dificuldades ao reassumir sua vida, e assim perder a capacidade de se sentir atraente e desejada²⁰.

Segundo Moreira & Manaia (2002)²¹, as consequências deste processo excedem o limite individual e estendem-se aos familiares, amigos e relações profissionais. Assim, as alterações corporais devido à mastectomia podem ser sentidas de formas diferentes trazendo alterações na autoestima.

Para Ribeiro (2004 apud AMORIM, 2007, p.53)²², “a mulher mastectomizada é uma mulher mutilada no seu próprio corpo, recusando ver a sua imagem no espelho [...] que sofreu danos e perdas, pretendendo esconder o corpo, corpo esse que deixou de ter sensualidade e assim esconde-o dela própria e da sociedade [...]”. Muitas vezes as doenças com tratamentos mutiladores causam impedimentos, paralisias, deficiências, além da pausa tanto na vida profissional, como no cuidado da casa e dos filhos. Tais impedimentos podem ser vividos como morte quando essas atividades, que são afetadas, eram

antes prezadas. Dessa forma, no período pós-operatório da mastectomia, a mulher pode vir a passar por várias dificuldades ao retomar sua vida profissional, social, familiar e sexual.

Assim uma das principais complicações psíquicas é em relação à sexualidade, pois a paciente tem medo de não conseguir mais condizer às questões sexuais do parceiro, podendo gerar desavenças no relacionamento, caso o casal não tenha uma comunicação efetiva favorável, pois as mulheres que são acometidas pelo câncer de mama apresentam diminuição do interesse sexual, menopausa precoce, diminuição da libido e da excitação, assim tornando o ato sexual doloroso, isso ocorre devido aos efeitos secundários do tratamento.

Sabe-se que a sexualidade humana envolve uma complexa interação de variáveis biopsicossociais. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015) a saúde sexual é a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de forma que sejam positivamente enriquecedoras e elevem a personalidade, a comunicação e o amor. Sendo assim, a função sexual inclui uma ampla variedade de comportamentos constituindo um repertório único de cada ser humano e o relacionamento íntimo de cada casal.

A qualidade do relacionamento existente entre o casal será responsável não só pela obtenção e cuidado do equilíbrio emocional da mulher, mas também pela retomada do interesse sexual num estágio mais calmo da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a se preocupar com o relacionamento sexual de ambos. Procuram buscar maior intimidade e novas formas de adaptação às condições atuais da mulher a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso¹⁹.

É importante considerar que a mulher mastectomizada que ainda não tem um parceiro regular, vive a angústia de ser rejeitada, parece assim, viver permanentemente num estado de insegurança latente acerca da aceitação por parte do parceiro²².

Visto que a falta do seio e mutilações sofridas podem trazer alterações na autoestima da mulher, em 1999 foi criada a Lei 9.797/99, no qual previa que mulheres que sofressem mutilação total ou parcial de mama teriam direito a cirurgia plástica reconstrutiva, mas sem especificar o prazo em que ela deveria ser feita. Assim, em 24/04/2013 foi aprovada a lei 12.802, que substituiu a anterior no qual obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a fazer a cirurgia plástica reparadora da mama logo em seguida à retirada do câncer, quando houver condições médicas. Caso a reconstrução imediata não seja possível, a paciente deve ser encaminhada para acompanhamento clínico, proporcionando uma maior qualidade de vida às mulheres que retiraram a mama devido ao acometimento pelo câncer²³.

Nessa perspectiva, a sexualidade vivenciada pela mulher mastectomizada depende de vários fatores, tais como, a sua personalidade, a sua sexualidade anterior à mastectomia e o seu ambiente familiar, especialmente o seu relacionamento com o parceiro, se existir.

4. CONCLUSÃO

O presente trabalho objetivou compreender e levantar maior conhecimento sobre as reações psicológicas em mulheres que passaram pela cirurgia de mastectomia radical relacionada à sexualidade feminina, isto é, compreender as mudanças e transformações que a mulher passa após o processo de mastectomia e como vivencia a sua sexualidade.

O câncer de mama é uma das doenças que mais causam pavor nas mulheres, em função de todas as transformações e efeitos tanto físicos, quanto psicológicos que provocam. A mastectomia (cirurgia de amputação) é um tratamento extremamente agressivo, que resulta em mudanças no corpo das mulheres a ela submetidas e, conseqüentemente, na imagem que fazem de si. Este procedimento pode provocar inúmeros sentimentos negativos, tais como, frustração, baixa autoestima, impotência. Isso porque as mamas assumem os símbolos da feminilidade, atração sexual e da amamentação.

Ocorrem também mudanças relacionadas ao cotidiano e a vida social da mulher, afastamento do trabalho, da família e dos amigos, em função do tratamento, modificação de hábitos alimentares e atividades do dia a dia, estas podem ser algumas das conseqüências ou resultados da mastectomia radical.

Medos e angústias são comuns, a falta de certeza de cura, medo da morte, da própria perda da mama e da rejeição pelo parceiro.

Frente a todos estes sentimentos, vimos que autores como Bowlby (1985)¹³, por exemplo, aponta para quatro fases do luto, que serão vivenciadas de modo diferente por cada indivíduo ao encarar as perdas inerentes ao adoecimento. Já para Kübler-Ross (2008)¹⁴ seriam cinco estágios emocionais que as pacientes passam frente ao adoecimento. O importante sobre estes estágios e fases, é que tanto familiares quanto equipe médica devem respeitar o paciente, e compreender que estes estágios são formas de enfrentamento da doença, ou do procedimento que o paciente sofreu, e que cada paciente irá reagir de um modo. Assim, o adoecimento de cada um é único.

A mama feminina é considerada uma fonte de prazer, é a representação de feminilidade e amamentação. Assim, qualquer mudança ou necessidade de retirada parcial ou total desta, irá repercutir em vários setores da vida da mulher. A sexualidade da mulher pode ficar fragilizada, a paciente, muitas vezes, tem medo de não conseguir mais condizer às questões sexuais do parceiro, e outras complicações que se não trabalhadas geram problemas no relacionamento do casal. Questões como

diminuição do interesse sexual, uma menopausa precoce, falta de libido, que ocorrem em função dos efeitos secundários do tratamento, dificultam a vida sexual da mulher. Compreensão, paciência e conversar com a parceira abertamente, buscando dar apoio, auxiliam a mulher a se sentir mais segura, modificações na vida do casal podem ser feitas afim de uma vivência da sexualidade mais saudável e positiva.

Entende-se assim, a importância de compreender e construir conhecimento em relação à vivência da sexualidade feminina, pois a mastectomia é um procedimento que implicará em modificações em várias esferas da vida da mulher, aspectos ou sentimentos negativos podem ocorrer, mas quando há compreensão por parte do parceiro, a mulher pode se sentir mais segura e vivenciar a sua sexualidade de forma mais efetiva, desenvolvendo estratégias vinculadas a sua nova realidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. O que é. [acesso 06 de mai. 2015]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.
- [2] Martins GA, Pinto RL. Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos. São Paulo: Atlas. 2001.
- [3] Marconi MA, Lakatos EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração de análise e interpretação de dados. São Paulo: Atlas. 2008.
- [4] Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. Revista: Psicologia em Estudo, Maringá. 2008; 13(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000200005&script=sci_arttext. Acesso: 31 mai. 2015.
- [5] Ministério Da Saúde. Instituto Nacional Do Câncer. Como se comportam as células cancerosas. [Acesso 31 mai. 2015] Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=318.
- [6] Sociedade Brasileira de Mastologia. [Acesso 25 mai. 2015] Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/entendo>.
- [7] Costa CRA, Gomes FMP. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>. Acesso: 25 mai. 2015.
- [8] Ministério da Saúde. Organização Mundial de Saúde. [Acesso: 25 mai. 2015] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>.
- [9] Ministério da Saúde. Associação Brasileira do Câncer. [Acesso: 25 mai. 2015] Disponível em: www.abcancer.org.br.
- [10] Silva SED, Vasconcelos EV, Santana ME, Rodrigues ILA, Leite TV, Santos LMS, Sousa RF, Conceição VM, Oliveira JL, Meireles WN. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília. 2010; 63(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500006. Acesso: 30 mai. 2015.
- [11] Vieira CP, Lopes MHB, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007; 41(2). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>. Acesso: 30 mai. 2015.
- [12] Viana JEM, Campos LAL. Câncer de mama e mastectomia: cenário de atuação de enfermeiros. Revista Saúde e Beleza. 2009. Disponível em: www.webartigos.com/artigos/cancer-de-mama-e-mastectomia-cenario-de-enfermeiros/18331/. Acesso: 31 mai. 2015.
- [13] Bowlby J. Perda: Tristeza e Depressão. São Paulo: Martins Fontes. 1985.
- [14] Kluber-Ross E. Sobre a morte e o morrer. São Paulo: Martins Fontes. 2008.
- [15] Cardoso G, Antônio L, Trancas B, Vieira C, Reis D. Aspectos psicológicos do doente oncológico. Serviço de Psiquiatria Hospitalar. Dr. Fernando Fonseca. 2009; 6(1):8-18. Disponível em: [HTTP://hdl.handle.net/10400.10/429](http://hdl.handle.net/10400.10/429). Acesso: 25 mai. 2015.
- [16] Silva LC. O cuidado na vivência do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica. Maringá: Eduem. 2009.
- [17] Sasaki T, Lamari NM. Reabilitação funcional precoce pós mastectomia. HB científica, São José do Rio Preto. 1997; 4(2):121-7. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=212247&indexSearch=ID>. Acesso: 25 mai. 2015.
- [18] Gomes R, Skaba MVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Caderno de Saúde Pública. 2002; 19(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n1/8156.pdf>. Acesso: 30 mai. 2015.
- [19] Almeida RA. Impacto da mastectomia na vida da mulher. Revista da SBPH. 2006; 9(2). Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582006000200007&script=sci_arttext. Acesso: 31 mai. 2015.
- [20] Azevedo RF, Lopes RLM. Concepção de Merleau-ponty e mulheres mastectomizadas. Revista: Brasileira de Enfermagem. 2010; 63(6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/31.pdf>. Acesso: 30 mai. 2015.
- [21] Moreira ECH, Manaia CAR. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina. 2005; 26(1):21-30. Disponível em: <https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.uel.br%2Frevistas%2Fu-el%2Findex.php%2Fseminario%2Farticulo%2Fdownload>

%
2F3605%2F2919&ei=uPVtVci1FoHogwSh7oLABQ&us
g=AFQjCNGmvGkvjEk3NvJUH678O6rtV5-ldg&sig2=
5A4S64vzWF-4WKUGanEVfw&bvm=bv.94911696,d.e
XY. Acesso: 31 mai. 2015.

- [22] Amorim CMBF. Doenças oncológicas da mama vivên-
cias de mulheres mastectomizadas. Porto. 2007. Dispo-
nível em:
[http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Te
se%20Dout%20Cidlia.pdf](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7213/2/Te%20Dout%20Cidlia.pdf). Acesso: 30 mai. 2015.
- [23] Senado Federal. Lei garante reconstrução da mama em
seguida à retirada de câncer. Brasília. 2013. Disponível
em:
[http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/05/0
7/lei-garante-reconstrucao-da-mama-em-seguida-a-retira
da-de-cancer](http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/05/07/lei-garante-reconstrucao-da-mama-em-seguida-a-retirada-de-cancer). Acesso: 30 mai. 2015.