

CÂNCER DE MAMA – ANÁLISE DE PROCEDIMENTOS E ENTREVISTAS DE SUPORTE COM PACIENTES EM HOSPITAL PÚBLICO.

Maria do Carmo Andrade-Silva¹; Tereza Fontes Fernanda Stenert²; Roberto Carvalhosa³

BREAST CANCER - ANALYSIS OF PROCEDURES AND INTERVIEWS OF SUPPORT WITH PATIENTS IN PUBLIC HOSPITAL.

Resumo: Análise de procedimentos e dados de entrevistas de 40 pacientes encaminhadas ao Serviço de Ginecologia do Hospital Municipal da Piedade, em 2009, com diagnósticos de câncer de mama. Os dados foram obtidos através dos prontuários e de entrevistas psicológicas. Empregou-se uma análise quantitativa, para os dados objetivos e, para os relatos de falas das pacientes nas entrevistas psicológicas, uma análise qualitativa. Como considerações finais observou-se que: - Metade das pacientes tiveram indicação para mastectomia. - Que a religiosidade forte, auxiliou-as na fé, do poder divino. - Que as percepções positivas de si mesmas, assim como a existência de relacionamentos conjugais e sexuais considerados bons, auxiliaram no apoio e força para a briga pela vida.

Palavras-chaves: Câncer de mama. Suporte psicológico. Falas das pacientes.

Abstract: Review of procedures and data of interviews of 40 patients referred to the Gynecology Service of Hospital Municipal da Piedade, in the year of 2009 with diagnostic of breast cancer. The data were obtained through of patient record, as well as transcriptions of speeches of patients occurred in the psychological interviews. It employed a quantitative analysis for the objectives data and for some content speeches of patients it used qualitative analysis. As last considerations it was observe that: - Half of these patients had indications for mastectomy. -The strong religiosity helped them in the faith, of the divine power. - That positive perceptions of themselves as well as the existence of good marital and sexual relationships were factors that helpers in the support strength for fight for life.

Keywords: Breast cancer. Psychological Supports. Speeches of patients.

Introdução

Ao longo da nossa história, os seios estiveram associados a vários simbolismos. De sagrada fonte de vida vinculada à maternidade e nutrição, aos aspectos afetivos sensuais das relações parentais; além do erotismo das interações dos casais. Assim, em função da importância atribuída aos seios e por constituir parte primordial da identidade feminina, qualquer situação que coloque em risco sua funcionalidade ou seu valor estético/erótico, repercutirá na estrutura emocional da mulher.

¹ Psicóloga. Mestre em Psicologia e Livre Docente em Sexualidade Humana. Prof^ª da Universidade Gama Filho. Coordenadora do Ambulatório de Sexologia e Psicossomática do Hospital Municipal da Piedade. e-mail: mariacarmoas@yahoo.com.br

² Médica Ginecologista, Mestre e Dr^ª em Obstetrícia, Prof^ª da UGF e Coordenadora do Ambulatório de Mama do HMP. e-mail: terezafontes@globo.com

³ Médico Ginecologista, Prof. da UGF e Chefe do Serviço de Ginecologia do HMP. e-mail: roberto@carvalhosa.net

Os seios são os ícones culturais da feminilidade e atratividade, segundo Masters e Johnson e Kolodny (1988). Para Freud (1915-1977), o seio é o primeiro objeto de pulsão sexual, é a fonte mais primitiva de experiência de satisfação, pois é a via que sacia a fome do bebê. No ato de sugar estrutura-se uma relação objetal, onde o seio torna-se fonte e objeto de prazer. As relações de satisfação das necessidades básicas de fome e aconchego serão supridas, pelas interações mãe – bebê, durante a amamentação. Desenvolvem-se relações de prazeres mútuos, através dos sentidos e da fantasia destes momentos, constituindo-se os primeiros elos sensuais, segundo Kaplan (1983).

De forma explícita o Conselho de medicina do Rio de Janeiro (1995), referiu:

“As mamas são seguramente e comprovadamente, tão importantes para a composição da imagem corporal feminina, quanto à própria genitália. Não se pode considerar supérflua sua importância, sobretudo em nossa civilização, para a formação da auto-imagem da mulher.” (op.cit.,p.263)

O surgimento dos seios na puberdade anuncia publicamente a transformação da menina em mulher. Constituindo-se na parte mais significativa dessa metamorfose, pois é uma alteração explícita, contribuindo para a reconstituição da identidade infantil, através do sentimento de estar se tornando e tornar-se percebida, como uma mulher.

Por toda essa valorização aumentá-los ou reduzi-los, quando são considerados antiestéticos, parece ser uma busca constante - tentativa de elevar a valorização e atração sexual. Porém em direta oposição, notícias de nódulos, realizações de pequenas incisões para aspiração destes, cirurgias para extirpação de tumores, retirada de quadrante, esvaziamentos axilares e mastectomias; serão sempre situações, que trarão em seu rastro muita ansiedade, depressão e abalo de autoconceito e autoestima. Uma vez que, autoconceito é uma complexa organização, que a pessoa tem de si mesma, e autoestima, o julgamento que faz de seu valor, sendo a percepção de si mesmo o centro do universo pessoal, influenciando e sendo influenciado pelas relações interpessoais.

O câncer de mama está entre as locações tumorais mais comuns. Dados do Instituto Nacional do Câncer-INCA (2010) referem que no mundo, o câncer de mama (C.50), é considerado o tipo de Câncer mais freqüente entre as mulheres, sendo que mais de 70% das mortes por este tipo de

câncer, ocorrem em países de média e baixa renda e, que a cada ano, cerca de 22% de novos casos são registrados, sendo esperados 49.240 novos casos no ano de 2010.

No Brasil, assim como no mundo, o C.50 (INCA-2010), também é o tipo mais freqüente entre a população feminina. Assinalando-se maior incidência e ocorrência nas regiões Sul e Sudeste do país; sendo que para o estado do Rio de Janeiro, a estimativa de novos casos para este ano é de 7.680 e, de 4.160 especificamente, para a cidade do Rio de Janeiro, local onde se realizou o estudo ora relatado. Apesar de ser considerado um câncer de relativo prognóstico satisfatório no mundo, quando diagnosticado e tratado em seus estádios iniciais, apontando uma sobrevida média, após cinco anos de 61%, em nosso país as taxas de mortalidade continuam altas. Provavelmente em função de diagnósticos tardios e não uso da mamografia de rotina. Anual para as consideradas grupo de risco, a partir dos 35 anos, a cada dois anos para as com idades entre 50 e 69 anos e, exames clínicos anuais das mamas, para as que estão entre 40 e 49 anos.

Quanto ao estadiamento do tumor, clinicamente o câncer de mama é dividido em quatro estágios: - Estágio I – Lesão limitada à mama, conhecido como carcinoma *in situ*, - Estágio II – Os gânglios axilares estão comprometidos, - Estágio III – A neoplasia atingiu as estruturas extramamárias, - Estágio IV – Extensão à distância (mama contralateral, gânglios cervicais, torácicos, abdominais e cérebro).

Em função dos diferentes estádios da doença e sua localização, as técnicas cirúrgicas também serão variadas: Os tipos- Mastectomia Radical ou de Halsted – retira-se a mama, os gânglios linfáticos da axila e músculos peitorais maior e menor, - Mastectomia radical modificada ou de Patey – Técnica intermediária entre a radical clássica e a simples. Ressecção da mama, do músculo pequeno peitoral e dos linfonodos axilares – Mastectomia a Madden-retirada da mama com esvaziamento axilar completo - Mastectomia simples – remoção da glândula mamária com tegumento cutâneo que a recobre, não havendo dissecação da axila, - Quadrantectomia – retirada do quadrante onde se localiza o tumor e a pele sobrejacente. – Segmentectomia que consiste na retirada de uma região da glândula mamária com margem segura de tecido são em torno da lesão suspeita . A abordagem axilar nos carcinomas de mama deve ser, sempre que possível, conservadora, através da técnica de identificação do linfonodo sentinela com corante vital ou tecnésio. Associado ao tratamento cirúrgico, indicam-se como terapêuticas adjuvantes a

radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. (PATEY, DYSON, 1948; MADDEN, 1965; FISHER, ANDERSON, BRYANT, 2002; VERONESI, CASCINELLI, MARIANI, 2002).

Quanto aos fatores de risco relacionados à reprodução (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima de 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), encontram-se bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento de CA de mama. Além destes a idade, pois as taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos, e posteriormente sua ocorrência se dá de forma mais lenta, processo atribuído à menopausa.

O INC em (2010) relata dois tipos de C.50 relacionados à idade: o primeiro na pré- menopausa, sendo mais agressivo e estrogênio receptor (ER) negativo e, o segundo após a menopausa, associado às características indolentes e principalmente por ser ER positivo. Também as variações morfológicas encontram-se relacionadas ao ER, como os carcinomas medulares em ER negativo e os tubulares e lobulares em ER positivo.

No Documento de Consenso de Controle do Câncer de Mama - Ministério da Saúde, (INCA 2004), consta que as ações interdisciplinares, devem ser iniciadas logo após o diagnóstico, e se estenderem não só aos pacientes, mas também a seus familiares. A equipe deve ser composta de médico, enfermeiro, psicólogo fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista. E que o atendimento psicológico deve ser iniciado logo após o diagnóstico e definição da conduta terapêutica oncológica.

Assim, nosso propósito inicial com o atendimento as paciente com indicação cirúrgica de C.50, foi o de nos tornarmos via de suporte clínico psicossomático. Apoio para mulheres, que já haviam sido encaminhadas de outros serviços de saúde e estavam ansiosas com as suspeitas diagnósticas recebidas. Entrevistas de apoio e esclarecimentos passaram a ser mais uma rotina do Serviço de Ginecologia. Possibilidade oferecida à paciente, seu companheiro e ou familiar, quando da indicação de cirurgia de câncer de mama. Com o desenrolar dos atendimentos, observou-se que se poderia sistematizar os dados daí advindos e torná-los públicos, objetivando dividir a experiência, como mais uma pequena parcela de contribuição, ao estudo do câncer de mama e, em especial ao entendimento dos sentimentos, atitudes e comportamentos das mulheres, que vivenciam cirurgias para este problema, em ambulatórios de Hospital da Rede Pública.

Métodologia

Este trabalho caracterizou-se por um estudo descritivo, pois seu foco está em descrever a experiência vivida pelas pacientes com indicação cirúrgica, para retirada de nódulos cancerígenos de seus seios. Todavia, também pode ser denominado como elucidativo e terapêutico, já que se analisou o tipo de tumor, estadiamento, idade, escolaridade, naturalidade, estado civil, profissão, número de filhos, autopercepção em geral e atual, religiosidade, sentimentos e atitudes em relação à doença, grau de apoio familiar, relacionamento conjugal/sexual e comprometimento com o tratamento. Objetivando-se oferecer suporte ao enfrentamento do problema.

No que se refere à coleta de dados, estes advieram de dados dos prontuários médicos, especificando: estadiamento clínico e cirúrgico, cirurgia realizada, alta e encaminhamento. Assim como dados advindos de entrevistas psicológicas de suporte terapêutico e de entrevistas semi-estruturadas, com questões objetivas/fechadas como: (escolaridade, profissão, parceiro, tempo de vida conjugal, filhos, frequência ao ginecologista, mamografia de rotina) e, questões subjetivas, abertas ao relato espontâneos. Onde se objetivou explorar sentimentos, atitudes, aspectos da experiência de vida pessoal, social, apoios, religiosidade, vida conjugal e sexual.

Todas as entrevistas foram realizadas com total privacidade, pela mesma profissional, na sala de atendimento do Setor de Sexologia e Psicossomática, do Ambulatório de Ginecologia do HMP. As entrevistas ora transcorreram individualmente, ora em conjunto com o companheiro ou familiar que a acompanhava. Portanto a duração de cada entrevista foi variável, em média de uma hora, transcrevendo-se as narrativas, como de praxe nos atendimentos deste ambulatório. As entrevistas ocorreram com as pacientes, antes e após a cirurgia, porém antes de serem encaminhadas a outro Hospital. Pois muitas darão continuidade aos tratamentos, com sessões de químico e/ou radioterapia. Porém poderiam retornar quando quisessem.

Amostra

A amostra caracterizou-se por ser não probabilística, de conveniência e intencional. Assim, impossibilita-se qualquer tipo de generalização de seus achados para a população geral. Apresentando-se válida, para esta amostra específica. O grupo estudado constituiu-se por 40 mulheres, pacientes dos Setores de Mama e Psicossomática do Ambulatório de Ginecologia do HMP. Pacientes com diagnóstico de câncer de mama e tratamento cirúrgico para tal patologia, no ano de 2009.

Análise dos Dados

Empregou-se uma análise quantiqualitativa dos dados. A análise dos dados objetivos desenvolveu-se por análise quantitativa, utilizando-se o SPSS (*Statistical Package of Social Sciences*). Quanto aos dados não objetivos, estes foram processados, através de uma leitura fenomenológica, tendo como parâmetro a análise dos conteúdos temáticos. Os estudos de natureza qualitativa caracterizam-se pela descrição, compreensão e interpretação dos fenômenos observados, dentro de um grupo específico. Além de lidarem com dados subjetivos como: sentimentos, valores, percepções e atitudes. Portanto, um universo de significados, só parcialmente quantificáveis. Tais conteúdos foram retirados das falas nas entrevistas. Processo que tornou possível a análise dos discursos, assim como suas categorizações, para a sistematização deste trabalho. Os relatos quanto a percepção de si mesmas e do problema enfrentado, foram categorizados como: - Caracterizações positivas: Forte e decidida, Forte, Alegre e animada, Dinâmica e agitada, Decidida, Alegre, Meio estressada, mas bem, Feliz/abençoada, Feliz, Boa, ajudando aos outros, Simpática, muito querida. - Caracterizações negativas: Triste, Acomodada, Deprimida, Carente, Inferior, Fraca, Dependente, Desorientada, Chocada, Injustiçada, Derrotada, Chata, Sozinha. - Caracterizações de briga pela vida: Difícil, mas vou levando, Sempre foi uma briga, Pé no chão, Brigando pela vida, Quando se tem Deus, tudo dá prá levar.

*Referências quanto à vida conjugal e sexual, assim como de apoio familiar e religioso, foram categorizadas como: Muito Boa – Boa - Média – Ruim – Péssima.

* Diagnóstico e Tratamento - Solicitação de Quimioterapia neoadjuvante. - Cirurgias.

* Estádio Clínico e Cirúrgico: - Estádio I - Estádio II - Estádio III.

*Tipo de cirurgia: – Segmentectomia. - Segmentectomia e linfonodo sentinela. - Segmentectomia e esvaziamento axilar. - Mastectomia e esvaziamento axilar.

Idade da Pacientes.

Faixa Etária	Frequência	Percentual
20 – 29	1	2,5%
30 – 39	1	2,5%
40 – 49	15	37,5%
50 – 59	11	17,5%
60 – 69	14	35%
70 - 79	2	5%
Total	40	100%

Média - 53,5 Mediana – 53,6 (Mínima 21 - Máxima 79) Desvio padrão 11,16

Pode-se notar, que praticamente em sua totalidade (90%), desta amostra constituiu-se de adultas maduras, com mais de 40 anos, média de (53,5). Quanto à faixa etária dos parceiros, observou-se que (74%) deles, estão acima de 50 anos, sendo em média, um pouco mais velhos que suas parceiras. Brito, C., M.C. e Vasconcellos, M.T.L. (2005), em estudo, sobre a assistência oncológica pelo SUS à mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro, referiram que: as distribuições da idade no início do tratamento e no diagnóstico teve média de 56,3 anos ($\pm 13,3$ de desvio-padrão), e intervalo variando entre 18 e 88 anos. Dados semelhantes aos aqui referidos.

A maior parte (28 pacientes) é originária do Rio de Janeiro, perfazendo (70%) da amostra. Quanto à escolaridade, em sua maioria, são pouco escolarizadas, pois (65%) cursou o primeiro grau ou parte deste. Estudos de Guerra, Gallo e Mendonça (2005) em SP, observam que mulheres idosas e com baixa escolaridade, apresentam menores oportunidades de diagnóstico precoce. O que parece confirmar-se neste estudo, pelo grau de severidade cirúrgica que foi necessária.

Praticamente a metade delas (49%), classifica-se como “do lar”, e (27%), referem afazeres não regulamentados como: (faxineira, fazer doces, salgados, etc.). E no que se refere ao estado civil (60%) refere estar casada ou “vivendo junto”. As solteiras, viúvas ou separadas, moram com os pais, irmãs, ou filhos. Dividir a moradia com outros familiares é fato comum no grupo. O que facilita o suporte e apoio, que necessitam.

Tempo de vida juntos

Formas	Anos	Percentual
Sem parceiros	13	32.5%
1 – 10 anos	4	10%
11-20 anos	4	10%
21-30 anos	6	15%
31-40 anos	12	30%
40- 48 anos	1	2,5%
Total	40	100%

Média = 25,37 Mediana = 30 Mínimo de 1 máximo de 48 Desv.Pad = 12,

Quanto aos anos de vida conjunta, 23 pacientes (57.5%), têm mais de 10 anos de vida conjugal e 19 destas (70%), relatam casamentos com mais de 20 anos. Portanto, trata-se de uma parcela da população bastante específica. Das 4 que relatam uniões com menos de 10 anos, 3 estão namorando, mas mencionam viver parcialmente junto. A maior parte delas (87,5%) menciona presença de filhos, sendo que só (10%) têm mais de 3 filhos mas, somente 3 referem filhos menores. Fato coerente com a faixa etária do grupo, e que tem facilitado melhor suporte nos momentos necessários.

Quando se analisou comparativamente coerência entre: casamentos longos (mais de 10 anos) e qualidade de vida conjugal observou-se significativa correlação (0.01), quando, praticamente a metade destas, considera seu relacionamento conjugal como muito bom ou bom e (23%) consideram-no como ruim ou péssimo.

Religião

Religião	Frequência	Praticante	Não Praticante	Força atual Muita/Boa
Católica	19	8	11	7
Evangélica	18	14	4	14
Espírita/Católica	2	1	1	1
Oriental	1	1	1	1
Total	40	24	16	23

Person 0,01

Quanto à religiosidade as pacientes dividem-se, praticamente entre católicas e evangélicas. Porém, quando se abordou a prática religiosa e a força da religião neste momento da vida, observou-se diferença significativa (0,01). Quando as evangélicas manifestam-se mais praticantes e crentes, que as católicas. No entanto, quando se falou da importância da religião neste momento, todas relataram alguma força daí advindo.

Exemplos de falas das pacientes:

Pac. n. 5 - 57 anos. *-Vou retirar a mama e acredito que Deus pode fazer um milagre e o câncer desaparecer. Tanto aborrecimento na vida, que só sendo muito forte e Deus. Além das irmãs da igreja.*

Pac. n. 10 – 48 anos - *Mas hoje respondo com palavras de Deus. Por causa de tanto estresse, fiquei muito nervosa e ingressei na igreja evangélica. E isso tem ajudado muito a agüenta e vai ajudar agora também.*

Pac. n. 23 – 42anos - *Já fiz duas cirurgias e vou fazer outra. Tirou quadrante, fiz esvaziamento da axila e agora vai tirar o resto. Mas tenho fé em Deus. Lá na igreja tem muito testemunho que Deus curou.*

Câncer de mama na família e outras doenças na paciente

Quanto à presença de câncer na família e em especial câncer de mama em mães ou tias, observa-se que: (55%) relatam outros casos de câncer na família como (mãe, tias, irmãos, pai), porém só 3 mencionam câncer de mama na mãe ou tia.

Como a metade das mulheres encontra-se em uma faixa etária, acima de 50 anos, não é incomum que algum outro problema de saúde, já esteja presente, sendo este relatado por (55%) das pacientes. Dentre os mais citados (hipertensão e colesterol alto).

Notou-se que a primeira percepção da existência do nódulo, encontra-se praticamente dividida entre a própria paciente (52%) e o ginecologista (48%). Neste sentido, quando questionadas quanto à frequência ao exame ginecológico observou-se:

Frequência ao ginecologista anteriormente

Rotina	Frequência	Percentual
3 x 3 meses	1	2,5%
6 x 6 meses	1	2,5%
Anualmente	24	60%
Sem rotina	6	15%
Não Fazia	8	20%
Total	40	100%

A maior parte delas (65%) relatou que realizava exames ginecológicos de rotina. Das 24 que realizavam exames anualmente, 15 suspeitas foram achados dos ginecologistas (62,5%). O restante foi percebido pela própria mulher, e por seus relatos notou-se que em vários casos, os exames não eram acompanhados por mamografias. Fato que corrobora os dados do INCA (2007,) quando apontam que: em nosso país as taxas de mortalidade por CA 50, continuam altas e isto ocorre, provavelmente, em função de diagnósticos tardios e o não cumprimento do uso da mamografia de rotina. Das que não tinham rotina para exame ginecológico, ou não o fazia (14 mulheres), 11 foram elas que perceberam o nódulo e procuraram ajuda. Em nosso estudo, das 20 pacientes que foram submetidas à Mastectomia, 16 delas relataram frequência constante, no mínimo anual e, 4 não iam ou não tinham a frequência como rotina.

Estadio Clínico

Estadiamento Clínico	Frequência	Percentual
I	15	
II	23	
III	2	
Total	40	

Estádio Cirúrgico

Estadiamento Cirúrgico	Frequência	Percentual
I	11	
II	19	
III	8	
Encaminhado para Químio Neoadjuvante	2	
Total	40	

Cirurgia Realizada

Cirurgia Realizada	Frequência	Percentual
Segmentectomia	4	10%
Segmentectomia e linfonodo Sentinela	5	12.5%
Segmentectomia e esvaziamento axilar	9	22.5%
Mastectomia e esvaziamento axilar	20	50%
Estão em Químio Neoadjuvante antes	2	5%
Total	40	100%

Metade das pacientes foi submetida a uma cirurgia radical, mastectomia e esvaziamento axilar, compatível com os dados da literatura em relação ao diagnóstico tardio do câncer de mama no nosso país (Inca 2010). A maior parte das pacientes foi originária de Postos de Saúde, em quase o dobro, das advindas de Hospitais Públicos. Dentre as pacientes estudadas observou-se que (60%), tiveram entre a sua data de ingresso neste Hospital e a realização de seu tratamento nesta unidade, tempo não superior a três meses. Sendo que 50% delas obtiveram resultados em dois ou menos

meses nesta Instituição. As com mais tempo de permanência neste Serviço, são pacientes que já faziam acompanhamento ginecológico e ou de nódulos neste Hospital.

Percepção que sempre teve de si mesma, em geral, e como está se percebendo atualmente, além de como se sente em relação ao câncer que tem

Percepção de si mesma na vida		Percepção Atual		Sentimento Câncer		
Tipo	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
Positiva	21	52,5%	3	7,5%	3	7,5%
Negativa	17	42,5%	23	57,5%	15	37%
Brigando	2	5%	14	35%	22	55,5%
Total	40	100%	40	100%	40	100%

Observa-se relatos de percepções positivas de si mesmas na vida, para em torno de metade delas, sendo que a doença parece ter abalado bastante tais sentimentos, pois somente 3 delas, permaneceram com estas percepções, após o evento doentio. Nossos achados condizem com os de Teixeira (1999), quando relata em seu estudo com pacientes mastectomizadas, profundo abalo em sua auto-estima e auto-imagem. Porém, se somarmos as (3) que continuam se sentindo de forma positiva, às outras (7), que relatam agora estar brigando pela vida, pode-se notar que 47,6% destas, apesar da doença, ainda continuam acreditando em suas forças para continuar brigando. Observou-se que as mulheres com percepções positivas de si mesmas, tiveram uma alteração para a luta pela vida, um pouco maior que aquelas com percepções negativas.

Observa-se que do total das mulheres estudadas, (63%) mencionam em seu discurso, que seus sentimentos em relação ao câncer é de luta, ou mesmo conseguem ver algum resquício de positividade em relação à doença. Os suportes e ou motivos mais referidos para suas lutas são: Deus, Jesus Cristo, os filhos, netos e apoio de parceiro. No entanto, quase 40%, relata que se sentem muito tristes, deprimidas e chocadas com o que lhes aconteceu e percebem-se sem forças para lutar. Henson, H. (apud SHEPPARD, L. e ELY, S., 2008), referem que (45%) das mulheres com câncer de mama, apresentam ansiedade e depressão. O temor do tratamento e o pavor da recorrência são fantasmas constantes para muitas destas pacientes. Estudos de Pinto et al.(2007) também mencionam a constante preocupação de recorrência. Os estilos de enfrentamento

(negação, depressão, desesperança, aceitação estóica e espírito de luta foram mecanismos psicológicos, constantes nesta amostra e em vários estudos da literatura.

Exemplos de falas de sentimentos das pacientes em relação à doença

Pac. n. 16 - 67 anos. – *Está muito difícil, (Chora) e meu filho, como vai ser. Nós estávamos esperançosos que não fosse essa doença. Porque essa doença, tira daqui aparece ali. Tirar a mama não é o pior, o pior é que posso durar só mais um ou dois anos, e meu filho ainda está em casa, não tem namorada fixa, vai ficar sozinho. (o filho tem 23 anos) - Paciente acompanhada do filho após a cirurgia – irá fazer químio e a preocupação continua a mesma. E a evolução dessa doença, e as metástases. Isso é o que me preocupa, da cirurgia já estou bem. Nem me importa, ficar sem mama, como disse não tenho marido há muitos anos.*

Pac. n. 4 - 48 anos. - *Queria mesmo era fazer logo a cirurgia. Agora estou bem, pois acredito que tirei a doença. Segundo o parceiro, o que importa é ela ficar bem e sem dor. Depois vou querer fazer a reconstrução, já estou usando prótese. Nós (marido) estamos sempre junto. Ele vai para a quimioterapia comigo e fica lá esperando. Minha preocupação agora é ficar careca. E aí, como vou ficar? Horrível - Tenho que dar um jeito. Marido - Mas eu gosto dela mesmo careca, não me importa nada disso. Eu quero é ela comigo.*

Pac. n. 8 - 64 anos. - *Quero que tire logo tudo. Não é prá ficar tirando só um pedacinho não. É melhor tirar tudo. Já até falei se não é melhor também tirar logo a outra, prá não dar problema também. Nem me preocupo, com isso, quero é ficar livre dessa doença.*

Pac. n. 6 – 43 anos. - *Me sinto derrotada perante a vida. Eu achava que isso só acontecia com o vizinho. Eu às vezes penso igual ao jovem, não caiu a ficha. Mas aí quando a ficha cai, fico muito nervosa, triste (chora). Qualquer coisa que sinto, já acho que passou prá outro lugar. Tenho medo do que pode acontecer, tenho pânico de sofrer. Tinha até medo de fazer o auto-exame. E agora isso, estou sem peito. É uma coisa horrível, um vazio. Estou com enchimento, aí não aparece na roupa. Mas quando vou tomar banho, nem quero olhar. Não quero que ele olhe. Ele quer ajudar, mas olhar não. Não deixo.*

Os sentimentos alternam-se nos diferentes momentos:

Pac. n. 2 – 21 anos. - *Quando no início pensavam que era um cisto foi muito chato, mas tudo bem ficou só uma cicatrizinha. Nem se via direito. Mas agora que vai ter que tirar tudo e os nodos também é demais. Chora..... nem sei estou chocada...Em outra entrevista:- Acho que agente tinha que passar por isso, mas vai passar. Meu pai levou no centro, eles fizeram prece (paciente com um terço no pescoço). Meu pai disse que Deus está iluminando. Se tem que tirar a mama prá acabar com a doença, tudo bem, o resto Deus vai ajudar. Após cirurgia:- Paciente já informada de que irá fazer quimioterapia. Esta de sutiens o que não usava , e com prótese. E aí como eu vou ficar careca. Eles (Noivo e pai) estão brincando comigo que vou ficar bonitinha careca, mas isso está me incomodando muito. Sei que eles estão implicando, prá eu não ficar triste, mais é muito ruim. O peito tá escondido e ninguém nem sabe, mas o cabelo, eu vou ver toda hora.*

Pac. n. 7 - 41 anos. - *Não sei explicar, acho que fiquei no mundo da lua. Ficar sem peito, eu, como? Fiquei meio aérea, parece um sonho, olho para ela e não sinto nada de ruim, como pode ter que tirar, ta bonitinha, nem parece doente. Nem acredito não sinto cansaço, não sinto nada, foi um Choque. Como vou viver sem mama, é horrível. Em outra entrevista: - Acho que estou mais calma, estou até surpresa comigo. Semana passada estava fora de mim. Estou mais forte. Só quero ver minha filha casar e ter meus netos.*

Pac. n. 21 – 44 anos. - *Já estou marcada prá fazer a quimioterapia. Vejo que o câncer não vai me vencer. Já tirei a mama e agora, até já me preparei e Já estou com a cabeça raspada, porque não quero tomar um choque comigo mesma. Agora estou bem e já fiz, as pessoas olham, mas é prá me acostumar. Depois com a fraqueza da quimioterapia não sei posso estar pior. Meu marido está fazendo tudo em casa. Mas ele tem que trabalhar e, minha sogra é que fica com o menino é muito levado, e eu estou firme, vou em frente.*

Pac. n. 17 – 36 anos. - *Sabe, olhar a falta do peito é horrível. ...Acho que seria melhor tirar as duas, ficava melhor, menos feio. Uma grande e outra sem nada é horrível. Penso em depois reconstituir igual à minha mãe. Ela arrumou a outra também, ela é muito vaidosa, eu não sou tanto, mas isso é muito ruim. Mas acho mesmo, que o pior ainda está por vir, a quimioterapia. Isso é vai ser terrível. Em outra entrevista durante a químio –*

Estou bem (sorridente), não estou enjoada, não passo mal, só caiu o cabelo – (estava de lenço), mas não está tão ruim como eu pensei. Acho que vou ganhar dele.

Interação do parceiro ou familiar com a doença

Interação	Freqüência	Percentual
Muito Boa	24	60%
Boa	6	15%
Média	9	22,5%
Pouca	1	2,5%
Total	40	100%

Apesar de algumas não perceberem apoio do parceiro, relatam receberem excelente apoio de algum outro familiar. Somente uma paciente referiu pouco apoio em geral. Ghizzani, Pirtoli, Bellezza e Velicogna (1995) afirmam em seu estudo, que o suporte afetivo e a atenção do parceiro, foi um fator crucial para superar o sentimento de inadequação e resistência, em mostrar-se, após a cirurgia na vida conjugal e sexual, sendo que para a mulher mais jovem, o estresse e a aceitação da mutilação, são mais acentuados, que para as mais velhas.

Relatos das pacientes:

Pac. n. 4 – 48 anos. - *Ele é show de bola, é um porto seguro, me acha linda mesmo assim. Onde vai um vai outro. Marido sempre presente nos corredores do Hospital e sempre que pode, quer entrar e participar (participou das entrevistas). - Ele sofre muito junto comigo. Não deixa eu fazer nada, tudo é ele quem vai fazer, tenho que ficar descansando mesmo quando quero fazer algo.(Paciente com 48 anos e casamento longo 30 anos.)*

Pac. n. 2 – 21 anos. - *Ele é um amor, é muito carinhoso, grudento, ciumento, meu pai diz que ele é meio mole comigo, é que eu sou mandona. Ele é muito participativo e prestativo, está sempre por perto me rondando. Namorado e pai sempre presentes no ambulatório e sempre querendo participar. (Paciente está noiva, mas morando juntos.)*

Pac. n. 32 – 57 anos.- Veio com uma amiga – *Meu parceiro não serve prá nada. Só cachaça. Acho que hoje só posso contar com meus filhos, eles ainda moram em casa e são eles que controlam um pouco o pai. Mas também tenho pena dele, porque se eu botar prá fora vai virar mendigo, vai ficar na rua, não serve mais prá nada.*

Pac. n. 24 – 66 anos - Paciente é viúva a 3 anos – *Tive um excelente casamento e nunca mais pensei em namorar mais ninguém. Moro com a minha filha e a minha neta. Sinto-me muito amada pela família e por todos os meus 7 irmãos.*

Pac. n. 25 – 55 anos. - Vem sempre acompanhada do marido, casamento longo – 28 anos. Segundo ela *ele é companheiro e presente, quer sempre participar mais. Vou tirar a mama, mas acredito que Deus pode fazer um milagre e o câncer desaparecer. O marido concorda e complementa. O importante é ela tirar a doença, o resto agente consegue juntos e com a benção de Deus, tudo vai dar certo.*

Pac. n. 18 – 62anos. -*Moro com a minha filha, mas fico muito sozinha, porque minha filha trabalha. Aí fica tudo muito triste (chora). Tenho medo do que vai ser. Não sabem direito o que é, só na cirurgia, porque não sentem na apalpação. E aí como vai ser?*

Ghizzani et al (1995) estudando mulheres mastectomizadas, casadas com parceiros fixos, mais jovens ou menopausadas, observou que ; a atenção amorosa do parceiro constitui-se elemento fundamental para a superação dos sentimentos de inadequação e resistência à mostrar a cicatriz. Observaram uma correlação positiva entre satisfação conjugal, desejo e gratificação sexual, principalmente entre as mulheres mais jovens. Concluíram que a retomada de vida sexual esteve favorecida pelo compartilhamento existente entre os casais e pelo sentimento de segurança afetiva entre eles.

Vida Conjugal em Geral

Vida Conjugal	Frequência	%
Muito Boa	9	34,6%
Boa	6	23,1%
Média	5	19,2%
Ruim	2	7,7%
Péssima	4	15,4%
Total	26	100%

Quando se comparou a percepção positiva na vida em geral, (21 mulheres) e a satisfação conjugal, notou-se que: para metade destas, a vida conjugal, era avaliada da mesma forma. Uma das pacientes apesar de ter relatado a existência de companheiro, não moram no mesmo lugar e refere, não ter vida conjugal. Duas outras o companheiro (é namorado), mas ficam juntos muitas vezes sendo que uma relata que *agora, ele se mudou prá lá*. As outras 6 com percepções positivas na vida, não tem companheiros.

Falas de pacientes

Pac. n. 36 – 41 anos. - O parceiro e a irmã muito presentes. Está grávida. Vai precisar interromper a gravidez aos 8 meses, porque a quimioterapia não pode esperar mais. O atual companheiro é mais recente e tem uma filha adolescente de relacionamento anterior. A principal preocupação é com o neném. - *Quem vai ajudar a criá-lo, minha outra filha adolescente, não dá. Meu companheiro trabalha. Fica é muita interrogação na minha cabeça. Já nem sei em que pensar. Se no câncer, em mim, no meu companheiro, na minha filha ou neste bebê. É uma loucura.* Após a filha ter nascido e durante a quimioterapia. - *Estou me saindo bem, aliás, estamos nos saído bem. Tenho tido muita ajuda. Dele e até da minha filha. Está dando prá levar a quimio e não me sinto tão ruim como pensei. A preocupação é se conseguirei criar pelo menos um pouco o bebê.*

Pac. n. 12 – 61 anos. - O parceiro a acompanha e está bem presente. - Paciente relata muito bom apoio do marido e filhos. *No início do casamento ele bebia, mais depois parou e aí melhorou tudo. Ajudaram em tudo, conversando, apoiando e até no banho. Todos são bem pertinho. Anteriormente já tirei um pré-câncer do útero. Tratei durante 5 anos e fui liberada. Sempre me cuida, mas essa doença é diabólica, tira daqui aparece ali.*

Pac. n. 38 – 46 anos. - Veio com a irmã. O filho que é auxiliar de enfermagem, também tem acompanhado. *Quando da cirurgia fiquei na casa da minha mãe e da minha irmã. O meu parceiro, já aturei muito, ele mora aqui no Rio e eu com as crianças lá na Roça. E aí quando ele vinha, até era ruim. Digo pros meus filhos: não separei do pai de vocês, porque ele nunca bateu, respeita, mas não tem união. Ele participou economicamente, mas nunca criou, não participou da vida. E agora também não vai participar.*

Pac. n. 27 – 58 anos. - O parceiro acompanhando. Ela relata - *Hoje ele está melhor, mas já foi muito ruim, ele bebia muito e ficava agressivo com palavras, mas não batia não. Mas isso desgastou, por que fora a bebida ele foi bom marido e pai. Hoje está mais acomodado e me ouve, quase não acontece de beber, e tem participado bem mais das coisas da casa.*

Relatos de bebida e outras mulheres são as queixas freqüentemente relatadas pelas pacientes, no que se refere aos problemas conjugais. Assim, pode-se observar que para uma parcela desta amostra, apesar de conviverem em relacionamentos conjugais conflituados, estes permaneceram por longos anos.

Vida Sexual

Vida Sexual	Antes Freq.	Percentual	Depois Freq.	Percentual
Muito Boa	7	31,8%	3	15%
Boa	6	27,3%	7	35%
Média	3	13,6%	2	10%
Ruim	6	27,3%	7	35%
Péssimo	-	-	1	5%
Total	22	100%	20	100%

Do total de pacientes entrevistadas, somente pouco mais da metade, relata vida sexual ativa, mesmo antes da doença aparecer. O que prejudicou a análise do item que se referia ao retorno à atividade sexual. Observou-se pelos conteúdos das falas, que muitas, já não tinham interesse sexual há muito tempo e, algumas relataram atividade sexual, só por interesse do parceiro. As queixas associadas foram: mágoas por frieza, bebida, outros casos sexuais dele, incomodo na penetração por relações mecânicas, dificuldades sexuais deles, dificuldades na penetração após a menopausa.

Ao se analisar de forma comparativa, a qualidade de vida conjugal e sexual, das 15 mulheres (58%), que relatam vida conjugal muito boa ou boa, 12 delas (80%) afirmam coincidência de qualidades com suas vidas sexuais. Assim como as 6 que classificam suas vidas sexuais como ruim ou péssima, também apresentam coincidência de avaliação com sua vida sexual. Abeche e Blochtein (1985) afirmam, que quando o casal vivencia de forma satisfatória, as atividades sexuais, antes do surgimento do câncer de mama, a experiência sexual tende a manter-se sem grandes alterações. Relatam, que a frequência e as satisfações sexuais estão altamente ligadas a satisfação conjugal; assim como ao ajustamento emocional da paciente.

É preciso observar que das 13 mulheres, que afirmaram terem vida sexual muito boa ou boa, antes do problema, 9 delas encontram-se com menos de 51 anos. Duas mencionam como parceiro, namorado, mas referem vida conjugal como muito boa ou boa. No que se refere à

atividade sexual atual, das 13 com este tipo de avaliação, 10 permaneceram com o mesmo relato. Em relação às outras 3, uma está fazendo quimio, outra está grávida e outra relatou 2 meses de cirurgia e, ainda estão sem relações.

Falas sobre reinício de vida sexual

Pac. n. 1 – 65 anos. *A vida sexual foi murchando, no início sexo era bom, mas depois não foi mais. Ele continua querendo, mais eu não tenho vontade. Não sei se era o cheiro da bebida que me magoava, mas não gosto mais. Mesmo agora, que ele quase não bebe, não tenho mais vontade, às vezes cedo prá ele, até às vezes tenho orgasmo, mas não gosto mais.*

Pac. n. 35 – 54 anos. *- Não tem tido não. Com tudo isso a vontade diminuiu muito. E acho que o corpo ficou queimado da quimioterapia e da rádio. Acho que até a vagina ficou queimada.*

Pac. n. 2 – 21 anos. *- Já reiniciaram vida sexual. Mais ou menos um mês depois da cirurgia de mastectomia. Já está usando a prótese mamária. Diz: - Só estranho o aperto, porque antes não usava sutiãs. No início não queria que ele visse, nem ajudasse nos curativos, mas aí ele falou que já tinha visto, quando eu estava dormindo e que não tinha nada haver, que ele queria participar e ajudar. Depois disso mais tarde acabou também rolando sexo – tudo ótimo- a gente só teve cuidado com o peito. Sei lá podia machucar. Mas não conta pro médico, porque ele pode ficar zangado. Mas ele está tão próximo como antes e foi bom como era.*

Pac. n. 29 – 63 anos. *- Não tenho nada de sexo a mais de 20 anos, não quis mais. Nem homem nem sexo.*

Pac. n. 19 – 49 anos. *- Após a cirurgia mais ou menos uns dois meses, já voltamos à atividade. Ele só não toca perto do peito - tem medo de machucar. Mas o resto ta bom como era. Ele gosta e eu também. (casamento longo - 32 anos)*

Pac. n. 14 - 64 anos. *- Já não tenho há muito tempo, sei lá, mais de 5 anos. Também nunca fui muito interessada nisso, fica tudo lambuzado, um horror. Não me faz falta, nem me bate a periquita, não tenho mais vontade. Nem com ele nem com ninguém.*

Considerações finais

Observou-se que metade das pacientes tiveram indicações para mastectomia e esvaziamento axilar, apesar da maioria delas, relatarem frequência de rotina anual ao ginecologista. Porém, em vários casos os exames não foram acompanhados por solicitação de mamografia como rotina. Falha que propiciou a maior incidência da necessidade de uso de condutas cirúrgicas mais radicais.

Observou-se que os sentimentos negativos pela perda parcial ou total da mama, especialmente neste grupo, onde a maioria era de mulheres mais velhas e com casamentos longos, foram progressivamente sendo suplantados, pelo medo da quimioterapia, da perda dos cabelos e principalmente das metástases e ou da morte. Notou-se também, que a religiosidade forte, auxiliou como suporte na fé, de que o poder divino, se faria presente e propiciaria a superação da doença. As percepções positivas de si mesmas, assim como a existência de relacionamentos conjugais e sexuais considerados bons, também parecem ser fatores que auxiliaram no apoio e manutenção de força e briga pela vida. Quando elas e seus parceiros colocaram-se de forma unida, nas entrevistas para o enfrentamento dos tratamentos.

Como nossa amostra constituiu-se em um ambulatório de Hospital Público, referiu-se a uma parte bastante significativa de nossa população mais ampla, composta de mulheres pouco escolarizadas, a maioria do lar ou com profissões não regulamentadas, além de pertencentes a famílias com renda familiar baixa. Pessoas sem dúvida, mais acostumadas com as adversidades da vida, mas que como todos, ao serem confrontadas com notícias de câncer (no imaginário geral associada a sofrimento e morte), sentem-se muito abaladas, confusas e necessitam: além do tratamento médico, de apoios, esclarecimentos mais detalhados e suportes psicológicos e sociais. Fato que ficou evidenciado no transcurso das entrevistas, quando ainda apresentaram várias dúvidas quanto ao andamento do processo, pois mencionavam ouvir vários relatos na sala de espera e ficavam ansiosas e confusas. Parece que por saberem ser uma entrevista com a psicóloga, sentiam-se mais a vontade para demonstrar suas incertezas. Em sua maioria, agradeciam muito e referiam satisfação com o atendimento atencioso neste Serviço.

Referências bibliográficas

ABECHE, A. M. E BLOCHTEIN, C. A. Mastectomia: Abordagem do papel do cônjuge. **Revista AMRIGS**, v. 29 n. 2, 1985. Porto Alegre: Associação Médica do Rio Grande do Sul. 1985.

BRITO, C., M. C. E VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência Oncológica pelo SUS à mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública** v. 39 n. 6, 2005. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2005.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Parecer da câmara técnica de cirurgia plástica**, n. 27/95, referências: Processo 5139 e 5613. Conselho de Medicina RJ., Rio de Janeiro, 1995.

DOCUMENTO DE CONSENSO- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Controle do câncer de mama. **Instituto Nacional de Câncer (INCA)**, Rio de Janeiro, 2004.

FISHER B, ANDERSON S, BRYANT J, ET AL. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 347 n. 17, 2002. Massachusetts: Massachusetts Medical Society Inc. 2002.

FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1915-1977.

GHIZZANI, A. PIRTOLI, L. BELLEZZA, A. VELICOGNA, F. The evaluation of some factors influencing the sexual life of women affected by breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**; v. 21 n. 1 1995. New York: Brunner/Mazel, Inc. 1995.

GUERRA, M. R., GALLO, C. V. M. E MENDONÇA. G, A. S. Risco de Câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51 n. 3, 2005. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, Ministério da Saúde. 2005.

INCA 2010 – BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE PREVENÇÃO E VIGILÂNCIA DE CÂNCER. **Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil**. RIO DE JANEIRO: Disponível em URL: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancermama>

KAPLAN, H. S. **The evaluation of sexual disorders**: Psychological and Medical Aspects. New York: Brunner Mazel Publisher, 1983.

MADDEN JL. Modified radical mastectomy. **Journal of Surgery Gynecology and Obstetrics**, v. 121 n. 6, 1965. Chicago: The American College of Surgeons Publishers, 1965.

MASTERS, W. H; JOHNSON, V. E. e KOLODNY, R. C. **O relacionamento amoroso**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

PATEY DH, DYSON WH. The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed. **British Journal of Cancer**, v. 2 n. 3, 1948. London: Macmillan Publishers Ltd. 1948.

PINTO, L. S., CAMPOS, A. C. S., FERNANDES, A. F. S. E LOBO, S.A. Cancer de mama: da descoberta à recorrência da doença., **Revista Eletrônica de Enfermagem**. <http://WWW.fen.ufg.br/revista/v9/n1/v9n1a12.htm>. Jan-Abr; v.9 n.1: 154-165, 2007.

SHEPPARD, L. A. E ELY, S. Breast Cancer and Sexuality . **The Breast Journal**, v. 14 n. 2. 2008. Florida: John Wiley & Sons Inc. 2008.

TEIXEIRA, I. **Reconstruindo o prazer de viver**; as implicações afetivosexuais da cirurgia de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. Dissertação de Mestrado, Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1999.

VERONESI U, CASCINELLI N, MARIANI L, ET AL. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. **The New England Journal of Medicine**, v. 347 n. 16, 2002. Massachusetts: Massachusetts Medical Society Inc. 2002.