

O RESGATE DA AUTO-ESTIMA: O DESAFIO DE SUPERAR AS REPERCUSSÕES DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA

*Iracema Teixeira*¹

RECOVERING SELF-ESTEEM: THE CHALLENGE OF OVERCOMING THE EFFECTS OF BREAST CANCER SURGICAL TREATMENT.

Resumo: Este artigo aborda as implicações psicosssexuais do tratamento cirúrgico da neoplasia mamária feminina, mais especificamente da mastectomia e da reconstrução da mama. O foco deste trabalho concentra-se nas consequências de tais procedimentos na auto-estima e no exercício da sexualidade da mulher acometida pelo câncer de mama. Iniciamos por um breve percurso histórico, para em seguida salientar o papel dos seios na construção do feminino e finalmente, apresentamos algumas pesquisas sobre o grande desafio enfrentado pelas mulheres.

Palavras-chave: Auto-estima; sexualidade; mastectomia; reconstrução de mama.

Abstract: This article addresses the psychosexual implications of the surgical treatment of female breast neoplasia, more specifically of mastectomy and breast reconstruction. This work focuses on how such procedures may affect the self-esteem and the sexuality of women who are victims of breast cancer. We shall start with a brief historical background, and then we will discuss the role of breasts in the construction of femininity and finally, we show some surveys conducted on this great challenge faced by women.

Keywords: Self-esteem; sexuality; mastectomy; breast reconstruction.

¹ Docente do Curso de Pós-graduação em Sexualidade Humana do UnilBMR – Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação / RJ. e-mail: iracema@iracemateixeira.com.br

Ao longo da história da humanidade as mamas femininas estão associadas a vários significados e simbolismos. À medida que os séculos foram transcorrendo os seios femininos sempre se destacaram no imaginário coletivo, apresentando alterações no que diz respeito ao volume, formato ou sua função ideal. Entretanto, seu componente erótico e sua função nutricional estiveram, marcadamente, presentes.

Durante a Antigüidade, os seios possuíam o aspecto sagrado de fonte de vida universal. Na Idade Média, o culto aos seios pequeninos, empinados; no Renascimento, aos seios fartos, tanto no sentido erótico, quanto no aspecto nutridor. Durante os séculos XVIII e XIX, foram utilizados como símbolos da ascensão da burguesia – fartos e férteis. Chegando ao século XX, tornou-se, no ocidente, o ideal erótico para os homens; emergindo a “cultura do silicone”.

Das deusas míticas do Paleolítico e Neolítico, passando pelas musas hollywoodianas até as “siliconadas” do século XXI, os seios sempre assumiram destaque especial.

Cabe ressaltar que as mamas constituem-se na principal característica sexual secundária feminina. Estão diretamente ligadas ao conceito de maternidade, tendo em vista sua função biológica – o aleitamento. Representam, também, em especial na puberdade-adolescência, um dos fatores basilares para a solidificação da identidade feminina. Além disso, podem ser consideradas componentes importantes nas experiências erótica e sexual do relacionamento diádico.

É lícito afirmar, portanto, que a grande valência atribuída aos seios ao longo dos tempos sempre norteou a mítica feminina, tornando-os elementos extremamente significativos, em relação à estrutura da identidade psico-sexual da mulher, mas também como um forte atrativo e estímulo sexual, em várias sociedades.

Independente do sentido manifesto: mítico/sagrado, santo/pecaminoso, maternal/fonte de nutrição ou erótico/sedutor, a relevância está no profundo sentimento de admiração causado pelos seios.

Considerando-se todo esse papel relevante atribuído aos seios, espera-se que situações, que coloquem em risco sua funcionalidade e seu valor estético, sejam geradoras de profundas repercussões negativas na auto-estima feminina. Portanto, retirar parte ou todo o seio, estar-se-ia mutilando a própria identidade feminina, mesmo que tal procedimento seja primordial à preservação da vida.

O papel dos seios na construção do feminino

A mama feminina é a principal característica sexual secundária da mulher, e constitui-se elemento crucial na sua identidade sócio-sexual.

As fêmeas da espécie humana são as únicas que possuem as mamas salientes, já que em outras espécies, o aumento de tamanho e volume ocorre somente na época da amamentação. Essa característica aponta para outras funções além do aleitamento: erótica, psíquica e cultural.

Ao longo das fases da vida de uma mulher – período fetal, infância, puberdade, fase reprodutiva, menopausa e velhice – as mamas sofrem várias mudanças. O período de maior relevância é a puberdade por ser o momento de ápice do crescimento – telarca, e por consequência da anunciação pública da “mulheridade”.

Do ponto de vista funcional, as mamas podem ser consideradas como acessórios dos principais órgãos reprodutores, pois sua função básica é o aleitamento. Durante o período gestacional uma intensa atividade hormonal acontece gerando profundas alterações anatomo-fisiológicas, com o objetivo de preparar as mamas para a lactação. Após o período de aleitamento, as mamas retornam ao seu estado anterior de valor eminentemente estético.

Ao alcançar a menopausa, devido à ausência da estimulação do estrogênio, as mamas tendem a gradualmente perder a elasticidade e o volume, em virtude da redução do tecido glandular, permanecendo uma porção de gordura. À medida que a mulher envelhece suas mamas não passam por nenhuma outra alteração física significativa.

O aleitamento pode ser visto como um epifenômeno, na medida em que comporta um amplo espectro de significados. De um ato oblato à determinação biológica; lactar está diretamente atrelado ao conceito de amor materno pois, é a forma como a mamada ocorre que configura todo o significado afetivo-emocional do aleitamento.

A mama feminina possui um componente erótico fortemente marcado em nossa cultura.

Em termos anátomo-fisiológico, Stoppard (1998) esclarece que as mamas femininas possuem uma enorme quantidade de terminais nervosos, responsáveis pela sensibilidade ao toque, à temperatura e à dor. Os nervos sensoriais convergem para o mamilo e para a aréola, tornando-os sensíveis. Tais terminais estão conectados ao sistema nervoso autônomo, responsável pelas reações

involuntárias do organismo. É provável, portanto, que esta seja a conexão entre a estimulação dos mamilos e a excitação sexual na área genital.

Em relação à sensibilidade, os seios são considerados zona erógena primária. Respondem à estimulação direta, praticamente na mesma proporção em que os órgãos sexuais externos, os lábios e as nádegas (STOPPARD, 1998; COSTA, 1999).

Algumas mulheres podem alcançar o orgasmo ao serem intensamente acariciadas nessa região, conforme nos situa Comfort (1984) que afirma também: “[...] a mulher tem uma ligação direta entre o mamilo e o clitóris.” (op.cit, p.38).

Cabe esclarecer que o tamanho e a forma do seio não estão relacionados ao interesse sexual da mulher e nem à sua capacidade orgásmica.

Na pesquisa realizada por Kinsey (1954), verificou-se que as mamas, em especial os mamilos, são eroticamente sensíveis para a maioria das mulheres. Afirma que 11% das mulheres pesquisadas, ao se masturbarem, tocam suas mamas, e que a estimulação nessa região é mais freqüente em “[...] grupos mais instruídos, onde quase todos os homens (99%) manipulam a mama feminina e, cerca de 90% estimulam oralmente durante as carícias ou nas atividades preliminares do coito...” (op. cit., p.551). Ele também esclarece que “[...] o contato buco-mamária constitui a técnica de carícias mais caracteristicamente humana.” (op. cit., p. 261).

Segundo Masters, Johnson e Kolodny (1988), a região mamária, tanto quanto os genitais, são áreas de extrema sensibilidade erótica. Por conseguinte, os referidos autores sugerem sua estimulação, objetivando intensificar a experiência da sensualidade, como incremento do encontro sexual.

A valorização dos seios como objeto erótico transcende o âmbito científico-acadêmico e hoje se encontra difundida em diversos livros de auto-ajuda e/ou em revistas de grande circulação. Visto que seu simbolismo, fundamentado na estética, na sensualidade, no erotismo, na excitação e no prazer, é componente humano tão fundamental às mamas, como a sua funcionalidade biológica básica de nutrição.

A toda construção antecede um percurso. Do caminhar histórico à relevância das funções essenciais, confluindo na construção conceptual do feminino e, nesta, os seios constituem elementos fundamentais.

A visão psicológica das mamas femininas já ganha destaque desde a abordagem psicanalítica; quando concedeu aos seios uma conotação especial, enquanto base para o desenvolvimento do psiquismo humano.

Para Freud (vol. XV), o seio é o primeiro objeto da pulsão sexual. Pois, seria a principal fonte da experiência primitiva de satisfação, visto ser a via que alimenta e sacia a fome do bebê.

Nesse contexto, o seio é protagonista do primeiro estágio do desenvolvimento sexual. Conforme se observa nas concepções desenvolvidas por Freud em “Três ensaios sobre a Teoria da Sexualidade”, pode-se dizer que “a satisfação obtida no seio materno é a referência originária para todos os prazeres dos sujeitos.” (VOLICH, 1995).

Freud afirma que ao longo do processo de desenvolvimento do psiquismo a descoberta, pela menina, de que não possui um pênis provoca um sentimento de castração que se transforma em inveja, como desdobramento de sua decepção em não possuí-lo. Diz ele:

[...] Se penetrarmos profundamente na neurose de uma mulher, não poucas vezes deparamos com o desejo reprimido de possuir um pênis. (op.cit., vol. XXVII, p.151)

Estrutura-se, assim, um dos pilares da teoria psicanalítica no que se refere ao feminino – o sentimento de castração pela inveja do pênis.

Porém, Volich (1995), levanta questões de caráter essenciais em relação à construção do feminino pela psicanálise e argumenta que “A Psicanálise vê na relação com o seio a fonte das experiências relacionais do sujeito, mas omite quanto à importância dele para a organização da identidade feminina.” (op. cit., p.55)

Afirma, ainda, o referido autor que Freud negligenciou os seios na estruturação da identidade da mulher, pois concebe tal processo a partir, exclusivamente, da importância do pênis e da conseqüente castração feminina: “[...] ele (Freud) nunca chegou a considerar o seio como um órgão que pudesse representar a potência materna ou mesmo feminina.” (op. cit., p.60, 1995)

Os textos psicanalíticos concedem aos seios uma condição de objeto de satisfação e gratificação da criança, privilegiando a função alimentar e desconsiderando-os como objeto carregado de significação para o sentimento de ser mulher. Pode-se supor que, para Freud, os seios foram atributos exclusivos da maternidade, e não de feminilidade.

O surgimento dos seios, enquanto representação da maturidade feminina, significando o aparecimento do corpo adulto “mulherizado”, dá oportunidade à menina de dizer que possui algo que os rapazes nunca terão.

Ao imbricar os pressupostos teóricos psicanalíticos, é notável a relevância atribuída ao pênis. A figura dos seios fica obscurecida pela glória fálica. Entretanto, são as únicas estruturas corporais que são fonte de prazer para os amantes, os filhos e também para as próprias mulheres.

Seguindo este viés crítico, Yalow (1998) referiu-se às conjecturas freudianas da seguinte forma:

Por estar enclausurado numa estrutura de pensamento centrada no homem, Freud apenas concebia o seio do ponto de vista externo [...] Se Freud fosse mulher, talvez tivesse desenvolvido uma teoria sobre a inveja do seio em vez da teoria da inveja do pênis.” (op. cit. p.185)

À semelhança da teoria freudiana, Melanie Klein concebe os seios enquanto órgãos de ressonância na experiência relacional, posto ser o ponto de partida – a relação boca/seio – do desenvolvimento do psiquismo. No entanto, tenta reordenar a hierarquia freudiana, em que o pênis assume ponto central, para conceder proeminência ao seio.

Em se tratando do corpo feminino, o surgimento dos seios, acompanhado de outras modificações corporais, possui um correlato profundo com a experiência subjetiva de ser mulher. Por se tratar de uma parte facilmente perceptível para si e para os outros, traz importantes implicações, uma vez que anuncia publicamente a condição de ser mulher. Deste modo sendo, sendo as mamas um órgão externo, explicita a condição de fêmea/mulher, tanto para si quanto para o mundo; até porque útero, ovários e vagina são partes escondidas. Podemos então afirmar que a identidade feminina encontra suporte na imagem corporal.

Conforme elucida Cavalcanti (1992), reconhecer-se enquanto pessoa começa pelo reconhecimento do próprio corpo. Portanto, a identidade e a condição corpórea não são entidades separadas.

A transição de menina à mulher é marcada pela menarca, mas também pelo despontar das mamas. Este evento configura-se como um ritual de anúncio, caracterizado pelo advento do primeiro *soutien* – marca da edificação da mulheridade. É acertado, pois, dizer que o crescimento das mamas femininas constitui um evento biológico que sinaliza uma mudança na concepção de si mesmo; ou seja, na sua imagem corporal.

A imagem corporal inclui a aparência que nossos corpos têm e como eles funcionam, afirmam Bogle e Shaul (1981). Lindensmith (1977, apud. MORETTI, ROVANI, 1996) a define como sendo um retrato mental que as pessoas

têm de seu corpo. Tal representação de si afetarà a maneira pela qual esta pessoa pensa sobre si mesmo e interage com os outros.

Corroborando, Schilder (1980) afirma que a imagem corporal é a configuração do corpo formada na mente, isto é, “[...] o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós.” (op.cit., p.11).

Tais afirmativas confluem para a visão de que tanto a percepção quanto os sentimentos que se têm em relação ao próprio corpo configuram uma idéia de si própria. Nesse sentido, vale reiterar que, na adolescência, palco de intensas e numerosas transformações, a imagem corporal sofre uma mudança profunda. O corpo, até então caracterizado como imaturo, eclode em uma explosão erótico-sexual.

Uma vez que as mamas são a principal característica sexual secundária, o aumento, a redução ou a correção delas parece realizar um desejo direto de elevar o poder de atração sexual, refletindo um interesse literal, mais do que simbólico, com a identidade feminina, ressalta Gifford (1976).

Nesse sentido, o conceito de imagem corporal interliga-se ao de autoconceito, uma vez que, de acordo com Combs e Snygg (1959), Rogers (1956), Purkey (1973) e Maslow (1970), autoconceito é uma complexa organização das percepções que a pessoa tem acerca de si mesma.

Guenther e Combs (1980) aprofundam essa definição, quando afirmam que a percepção de si mesmo é o centro do universo pessoal; o quadro referencial a partir do qual o indivíduo se coloca no mundo. Dizem, ainda, que existem “[...]indicações suficientemente claras na direção de apontar o auto-conceito como um dos elementos mais importantes na constituição psicológica das pessoas e que influencia toda a sua vida e todo o seu comportamento.” (op. cit., p109)

O olhar do outro se constitui num aspecto relevante já que seria um elemento fundamental na estruturação da imagem corporal, segundo Schilder (1980).

Da temática do olhar, segue-se em direção à noção de atratividade. O sentimento de atratividade engloba as complexas conexões entre auto-estima, imagem corporal e o olhar do outro.

Cabe, pois, elucidar essa trama, ou porque não dizer drama.

Por atração entende-se “*do latim attrahere; trazer para si, puxar ou solicitar para si.*” (FERREIRA, 1996). Mais detalhadamente, Goldenson e Kenneth (1989) definem atração como sendo a “[...]capacidade de despertar interesse

sexual através de maneiras provocantes ou formas físicas excitantes, como os seios...” (op.cit., p.30) É possível perceber uma relação com o significado de sedução: “*do latim seductione; atração, fascínio.*” (FERREIRA, 1996); ou seduzir: “*do latim seducere; atrair, encantar, fascinar, deslumbrar.*” (op.cit.). Portanto, atrair e seduzir seriam estratégias de ação, cuja finalidade é trazer para perto alguém que se enquadra nos ideais valorativos da pessoa que se sente atraída.

Podemos afirmar que a cultura possui um discurso de valorização estética, em que sentencia a mulher a um julgamento do que é ou não é belo. Esse caráter valorativo estruturado fundamentalmente pelo masculino, seleciona, qualifica e hierarquiza; e, o que estiver fora do esperado é percebido como anormal e indesejado. Os seios são louvados, criticados ou cobiçados. São os ícones culturais da feminilidade e atratividade sexual, segundo afirmam Saba (1982), Masters, Johnson e Kolodny (1997) e Costa (1999). Portanto, é de grande importância para a mulher possuir seios em tamanhos e formatos socialmente aceitáveis.

Por conseguinte, a mulher, segundo Fisher (1978), tende a direcionar sua energia para sua aparência, possuindo como referencial o padrão vigente. Estaria, assim, buscando tornar-se centro de atenção e admiração, conferindo-lhe um sentimento de ser atraente e cobiçada.

Todo esse empenho das mulheres estaria relacionado à garantia de uma aceitação social, dentro de uma perspectiva sociocultural, onde o belo é consagrado; como também, conforme uma visão da biologia evolutiva, a beleza das fêmeas asseguraria o poder de escolher o macho mais adequado para a reprodução. (JURBERG, JURBERG, 1999)

O outro fio que conduz à trama da atratividade no ser mulher é a auto-estima.

Moysés (1982) define auto-estima como sendo o julgamento que um sujeito faz acerca de seu próprio valor. Refere-se, pois, a uma auto-avaliação, que, por sua vez, decorre da capacidade exclusivamente humana de consciência de si mesmo, segundo aponta Machado (1998).

A capacidade que o ser humano possui de pensar é a condição básica do existir, fala Brander (1995a). Nesse sentido, pode-se entender auto-estima como o conceito que a pessoa atribui a si mesma, a partir da percepção dos vários aspectos que envolvem seu universo pessoal.

Costa (1978) estabelece alguns fatores básicos na estruturação da auto-estima:

a) percepção corporal – como o sujeito se percebe fisicamente e se qualifica.

Existe uma correlação entre auto-estima e como o indivíduo percebe a aparência de seu corpo, de acordo com Weinberg (1960) e Kurtz (1968) (apud. COSTA, 1978); b) capacidade de iniciativa para solução de problemas – ser capaz de superar obstáculos e encontrar “saída” para um problema, seria a capacidade de evitar a frustração. Esse aspecto associa-se à noção de autovalorização. Uma pessoa que não consegue reagir, quando inserida em uma situação problema, tende, automaticamente, a se desvalorizar, o que vai contribuir para diminuição de sua auto-estima. Na condição inversa, a pessoa estaria buscando seu crescimento e validando seu potencial; c) desempenho profissional – relaciona-se também aos sentimentos de segurança e realização; encontram-se associados à experiência de auto-valorização e capacidade; d) aceitação do “eu” – aceitar-se como é; compõem sentimentos de satisfação ou insatisfação com sua forma de pensar e agir; e) percepção social do “eu” – refere-se aos sentimentos de segurança consigo e auto-confiança, no que diz respeito à opinião pública.

Ao exame de tais aspectos, observa-se um grau valorativo associado a cada um. Tal graduação envolve um *continuum* entre a elevada e baixa auto-estima.

Entretanto, ao compreender auto-estima em termos meramente valorativos, corre-se o risco de reduzir o seu real sentido. De forma mais ampla, Brander (1995a) a define como “[...]a soma de autoconfiança com o auto-respeito.” (op.cit, p.9) O mesmo autor vai mais além, ao afirmar que a auto-estima engloba o sentimento de competência e de valor pessoais.

O conceito de auto-estima está diretamente interligado à estruturação interna, ou da personalidade e sobre tal aspecto Fanning (1991) afirma que uma das funções básicas que permite a sobrevivência psicológica nos momentos de crise é a auto-estima.

Para Brander (1995a), é o elemento chave da motivação humana e tem valor de sobrevivência em relação à integridade pessoal. Posteriormente Brander (1995b) aprofunda a definição ao afirmar que a auto-estima é a disposição que cada pessoa tem para se perceber como alguém competente no enfrentamento dos desafios da vida e se sentir merecedora de felicidade.

A auto-estima envolve, portanto, o sentimento de sentir-se digna, alguém de valor, além de um gostar de si mesmo e querer o melhor para si mesmo. Essa autovalorização relaciona-se a acreditar em suas potencialidades e isso repercute nas estratégias de enfrentamento adotadas em situações de crise, como o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Alguns autores afirmam, inclusive, que uma elevada auto-estima favorece a que o indivíduo seja criativo e agente ativo na busca de soluções frente aos desafios (CLARK, CLEMES, BEAN, 1995). Para Vasconcelos-Raposo (2004) aqueles que apresentam auto-estima elevada tendem a desenvolver habilidades produtivas e atitudes responsáveis na busca do bem-estar próprio e coletivo

A auto-estima pode ser considerada como um dos pilares da personalidade por estar presente em vários aspectos da vida pessoal. Tal constructo não se resume à avaliação de capacidade e habilidades como foi apresentado, mas implica, também, na idéia formulada sobre quem se é o que considera ser. A isso Brander (1995a) denomina de autoconceito. Portanto, auto-estima e autoconceito são elementos interconectados.

No que se refere a essa proposição, Machado (1995) ressalta que a auto-estima expressa uma conjunção de elementos cognitivos e afetivos a respeito de si mesmo, pois subentende a idéia de que a pessoa tem sobre si e seus sentimentos para consigo própria.

Cash (1997) diz que uma mulher que possui uma imagem corporal comprometida poderá ter sua auto-estima abalada e, conseqüentemente, suas funções vitais estarão afetadas.

Vê-se, pois, a ascensão da cirurgia plástica estética; anteriormente para diminuir os seios, porém, agora a moda é a imagem farta. Acompanhando o ditame em voga, as cirurgias são para aumentá-los, na maioria das vezes. Segundo dados divulgados na mídia, as cirurgias dos seios representam 40% do total das plásticas. Em 1993, 5.000 mulheres optaram pelo aumento das mamas no Brasil; no ano de 1998, dobrou o número. Atualmente, a mamoplastia reina absoluta entre as modalidades de cirurgia plástica estética no Brasil, que é o segundo país no ranking desse tipo de cirurgia. Cerca de 100 mil mulheres realizaram este procedimento, no ano passado, seja para reduzir ou aumentar as mamas. A previsão para 2007 é de 80 mil, sugerindo a grande importância que os seios ainda possuem no ideário estético.

Zani (1998) chama a atenção para o grande crescimento da indústria da beleza em todo o mundo: “Nunca a busca da beleza foi tão prestigiada como agora.” (op. cit, p.4). Todavia, ressalta ainda que “ter uma imagem positiva do próprio corpo é mais uma questão de auto-estima do que de beleza física.” (op.cit., p.7)

Nesse caminho, vários desafios estão presentes e não há uma única direção, ou a mais correta. Cabe, pois, percorrê-lo, objetivando o equilíbrio entre o viver honrando a si mesmo e viver em função das demandas externas.

Repercussões afetivo-sexuais da mastectomia e da reconstrução mamária

O tratamento cirúrgico do câncer de mama pode produzir uma mutilação com grandes seqüelas na auto-estima e, conseqüentemente, na dimensão afetivo-sexual, dependendo do procedimento adotado.

A experiência mutiladora, como conseqüência da ablação mamária, pode apresentar duas conotações. A primeira diz respeito à sensação de perda da capacidade de dar afeto, considerando o seio como sendo a representação simbólica dessa capacidade e a segunda, a perda do senso de atratividade e conseqüente diminuição da auto-estima, como especula Cherman (1993).

O Conselho de Medicina do Rio de Janeiro (1995), em parecer oficial, chama a atenção das seqüelas indesejáveis, oriundas do tratamento da neoplasia mamária. Além das implicações físicas, como o linfedema e o desbalanceamento do equilíbrio, com sobrecarga vertebral, não se pode olvidar o terrível abalo na imagem corporal, e, em conseqüência, a diminuição na auto-estima da mulher.

Em um estudo (FISHER, 1978) observou-se que na medida em que a mulher se sintia mais atraente e cobiçada, tenderia a buscar, com mais freqüência, o contato sexual. Em contrapartida, a ansiedade de perder o objeto amado, poderia interferir em sua resposta sexual. As mulheres que apresentam medo de perder o parceiro podem se tornar suscetíveis à realização sexual, seja no que diz respeito à freqüência das relações, como também na experiência orgástica. Todas estas ponderações estão vinculadas à premissa de que a admiração do parceiro pode ser considerada como fator relevante no alicerce de uma boa auto-estima, na maioria das mulheres garantindo um bom funcionamento sexual.

Kitzinger (1985) declarou que a perda de qualquer parte do corpo em uma operação mutilante, por mais necessária que seja para assegurar a vida, acarreta inúmeras aflições. A mastectomia constitui-se em um recurso mutilante da própria feminilidade, como também, da sexualidade feminina, por causa da óbvia evidência externa da amputação. Encontramos em Wellisch et al. (1985) um complemento a esta declaração. Eles afirmaram que a mastectomia é, claramente, associada à disfunção sexual. Declaram ainda que a não integridade corporal, devido à ausência de simetria, pode suscitar sentimentos de perda de feminilidade e poder de atração, gerando conseqüências negativas em sua auto-estima e na resposta sexual.

A mastectomia envolve, fundamentalmente, dois tipos de perda. A experiência física e objetiva da perda da mama e a experiência, não menos real, da perda da feminilidade, do comprometimento da auto-estima e dos sentimentos eróticos. Tais vivências podem acarretar alterações na resposta sexual feminina.

Ghizzani et al. (1995) avaliaram alguns fatores que influenciariam a vida sexual das mulheres mastectomizadas. O design metodológico envolveu uma amostra de cinquenta pacientes – vinte e oito com menstruação regular e vinte e duas menopausadas; com idade entre quarenta e três e cinquenta e nove anos; sendo todas casadas ou com parceiro fixo. As conclusões deste estudo foram de que a atenção amorosa do parceiro constituiu-se um elemento fundamental de superação dos sentimentos de inadequação e resistência a mostrar a cicatriz. As pacientes mais novas mantiveram um estado prolongado de *distress* emocional; além disso, a aceitação da cicatriz foi extremamente difícil nessas pacientes, interferindo no desejo e na espontaneidade sexual. Concluíram que a retomada de uma sexualidade mais gratificante, durante a convalescença, foi favorecida, tanto nas mulheres jovens como nas mais velhas, pela capacidade do casal em compartilhar intimamente todas as experiências, e, também, pelo sentimento de segurança afetiva vivida pelas pacientes, em relação aos seus parceiros.

Conforme situam Masters, Johnson e Kolodny (1997), a mastectomia não afeta diretamente a sexualidade feminina, do ponto de vista fisiológico. Os desdobramentos incidem, predominantemente, no senso de atratividade. As diversas reações apresentadas pelas pacientes envolvem vários aspectos: a) a sensação de perda do poder de atração, que se traduz, geralmente, por uma diminuição da auto-estima e pela sensação de impotência; com riscos de depressão; b) a preocupação com a reação do parceiro ou de futuros parceiros; c) grande medo de ser rejeitada; d) medo de se tornar menos sensual, devido à doença; e) independente do grau de intimidade vivido pelo casal, a mulher poderá sentir-se insegura a respeito dos sentimentos do parceiro por ela; não é raro, apresentar um padrão de comportamento ansiogênico, visando a uma confirmação quanto à autenticidade do interesse e da satisfação sexual por parte do parceiro. A partir de suas observações clínicas, estes autores afirmaram que, na maioria dos casos, a frequência da estimulação do seio durante o intercurso sexual tende a diminuir. Tal fato se daria por dois motivos: tendência do parceiro em evitar tocar em toda a região peitoral (seja no seio bom e/ou na cicatriz) e a própria mulher sentir-se constrangida com a nudez total durante o ato sexual. Essas situações podem acarretar mudanças na atividade sexual, como resultado da perda da espontaneidade. Declaram ainda que o número de mulheres que evitam a posição por cima no homem

triplica após a mastectomia, pois, esta implica na visualização direta da região peitoral.

Kaplan (1992) elucida que a fonte mais comum de stress relacionada à mastectomia é o medo que a paciente apresenta de ser rejeitada pelo parceiro. Essa experiência emocional pode eliciar algumas disfunções sexuais, chegando à evitação do contato, e isso pode vir a tornar-se destrutivo para ela e seus relacionamentos.

O binômio sexualidade/câncer de mama ainda é muito pouco explorado pela comunidade científica. Parece que os problemas sexuais tomam uma dimensão menor quando comparados aos riscos de uma morte prematura. Assim, algumas mulheres podem se sentir constrangidas e, até mesmo, culpadas por estarem pensando em sexo, quando deveriam “estar agradecidas” por estarem vivas. Portanto, cabe aos profissionais de saúde facilitar a expressão desses questionamentos e adotarem uma postura mais sensível para o impacto devastador dos tratamentos do câncer de mama na sexualidade.

A cirurgia de reconstrução mamária (RM) é um procedimento relativamente recente. Na década de 70 deu-se início ao desenvolvimento de técnicas reconstitutivas mais apuradas, tanto no design, quanto no procedimento cirúrgico propriamente dito (NOONE et al., 1982; HANG-FU, 1991). Apesar de que, na história da cirurgia plástica encontram-se relatos de tentativas de reconstrução, desde o final do século XIX, conforme nos ilustra Marques *et al* (1995) ao citarem os estudos de Tanzini, datados de 1886. Entretanto, em 1906 é publicado, pela primeira vez, um trabalho científico a respeito do implante mamário (MAXWELL, 1979, apud HANG-FU, 1991).

Vários autores afirmam, mediante a prática clínica que a RM oferece às mulheres inúmeras vantagens positivas, no que diz respeito à auto-estima, à auto-imagem, à vida pessoal e sexual, resgatando o senso de feminilidade e atratividade. (CAPURRO et al., 1981; CHEFFE et al., 1985; POMPEI, BIOTTI & ANZÁ, 1990; PITANGUY et al., 1991; SALEM et al., 1996)

Algumas razões para se considerar a RM são apresentadas por McCraw, Cramer e Horton (apud BLAND, COPELAND, 1993). São elas: 1) a incapacidade de usar roupas normais: o eufemismo normal refere-se aos trajes de verão, como vestidos, maiôs e biquínis; 2) desconforto com a prótese externa: seu uso dissimula a deformidade em algumas situações, porém são consideradas pesadas e quentes, além da possibilidade de ocorrerem incidentes com a prótese quando sai do lugar, causando grande embaraço para algumas mulheres; 3) a experiência da desfiguração associada à mastectomia: é comum o relato

de profunda insatisfação cada vez que a mulher se olha no espelho, como também a freqüente evitação em se despir na presença de qualquer pessoa; 4) estigma pós mastectomia: as mulheres mastectomizadas alegam que são socialmente consideradas “anormais”; diferentes das outras mulheres.

Uma discussão dos aspectos éticos, psicológicos e técnicos das cirurgias oncológicas e reconstrutoras da mama são apresentadas por Cheffe et al. (1985). Em suas apreciações, afirmam serem as mamas femininas a parte mais apreciável e destacada da característica de diferenciação sexual e a sua mutilação pode gerar severos distúrbios psíquicos em grande parte das mulheres, sendo, então, a reconstrução a possibilidade de “[...] restaurar na paciente o equilíbrio físico e emocional” (op.cit, p.530).

Vale a ressalva de que muitas das considerações não estão calcadas em investigações controladas estatisticamente; são, na verdade, conclusões empíricas procedentes da práxis, mas que, de qualquer forma, expressam questões relevantes dentro de uma perspectiva de saúde integral.

Fallowfield e Baum (1993) afirmam que todos os estudos por eles cotejados demonstram que a RM minimiza o trauma proveniente da mastectomia. Declaram também que a referida técnica tende a preservar a auto-estima e a sexualidade, além de reduzir o sentimento de vergonha, em geral vivido por estas mulheres.

Um trabalho visando analisar as variáveis social, cultural e psicológica, que influenciam as mulheres na escolha por uma cirurgia reconstrutora, foi desenvolvido por Charavel, Brémond e Courtial (1997). Em uma amostra de 96 pacientes, dividida em 45 com reconstrução e 51 sem reconstrução, foi utilizado um questionário auto-aplicativo, elaborado a partir de um pré-teste com vinte pacientes acompanhadas clinicamente. Foi observado que pacientes com reconstrução demonstraram maior satisfação, avaliando suas vidas sexuais sem alterações ou tendo melhorado com a cirurgia, em oposição às mulheres sem reconstrução.

Em pesquisa desenvolvida por um grupo italiano (Caruso et al., 1998), com duzentas e oitenta e uma pacientes, das quais 45,2% se submeteram ao tratamento conservador da mama e 38,8% à mastectomia; em 16% das pacientes mastectomizadas foi realizada a reconstrução imediata; os autores concluíram que a RM reduziu, sensivelmente, o trauma psicológico da mastectomia.

Com o objetivo de averiguar as implicações afetivo-sexuais e conjugais da mastectomia e da RM, Teixeira (1999) observou que a ablação mamária

possui um efeito desagregador na dinâmica psicológica da mulher; suscita sentimentos de perda da atratividade e feminilidade e abala profundamente a auto-estima feminina. Os achados desta pesquisa sugerem que após a mastectomia, as pacientes com ou sem RM, vivenciaram um abalo profundo em sua auto-estima e na auto-imagem. Fortes sentimentos de desqualificação e de incompetência feminina; vergonha em serem olhadas por qualquer pessoa, inclusive pelo próprio parceiro; medo de serem rejeitadas, devido à insegurança em relação aos sentimentos de seus pares; medo de iniciarem um novo relacionamento e serem rejeitadas ao mostrarem seus corpos nus, constituiu-se uma dinâmica predominante.

É indiscutível que, quando uma parte visível do corpo é mutilada – mesmo que tal procedimento venha a garantir a vida – a imagem corporal estará sendo afetada, exigindo, por conseguinte, uma reorganização somático-emocional dessa pessoa. Todavia, o efeito desta situação deverá ser analisado em conjunção com outros aspectos de sua dinâmica existencial. Ao se considerar a análise dos dados oriundos desta amostra, observou-se alterações negativas na relação afetivo-conjugal das pacientes sem reconstrução, comparadas ao grupo com reconstrução. Afirmar que a desestruturação ocorrida deu-se, exclusivamente, em função da mastectomia, seria uma atitude prematura e simplista, pois a dinâmica conjugal envolve inúmeros fatores, tanto da dinâmica pessoal de cada membro do casal, como também, do contexto geral da relação.

Finalmente, vale destacar duas considerações acerca da cirurgia de RM obtidas no referido estudo: 1) o procedimento cirúrgico foi considerado como um sonho a ser realizado pela maioria das pacientes mastectomizadas sem reconstrução. Não se trata de um mero desejo, segundo elas, mas de um projeto de vida prioritário, essencial para abraçar outros sonhos; 2) a RM reduziu o trauma da mutilação, possibilitou o resgate de sentimentos valorativos associados à auto-estima e à auto-imagem; restaurou sentimentos de atratividade e de feminilidade; aumentou a motivação em adotar comportamentos de cuidados estéticos; possibilitou a experiência de satisfação pela liberdade em usar qualquer tipo de roupa, gerando maior segurança e bem-estar e, finalmente, favoreceu a vivência de satisfação existencial. As pacientes expressaram grande satisfação em terem de volta sua forma feminina.

O INCA (2003) apresentou recentemente um relatório sobre a utilização da RM e esclarece que tal procedimento é oncológicamente seguro e vem sendo cada vez mais empregado, tendo em vista as repercussões positivas nas pacientes já que diminui sensivelmente o sentimento de deformidade.

Além disso, afirmam que anseiam por aumentar a utilização da reconstrução imediata pelos mesmos motivos.

Algumas das conclusões que Vianna (2004) obteve em um estudo piloto sobre avaliação psicológica da RM, três são relevantes: 1) as pacientes estudadas apresentaram o desejo de melhorar a auto-estima e retomar o convívio social a partir da RM; 2) a RM foi considerada um dos fatores que contribui para o resgate positivo da auto-imagem das pacientes; 3) foi observado que RM favoreceu positivamente os relacionamentos afetivo-sexuais. Tais conclusões corroboram com os dados apresentados pela literatura sobre o assunto.

Ao cotejar as pesquisas desenvolvidas, ao longo dessas décadas, é lícito afirmar que os estudos que avaliaram as implicações afetivas, sexuais, conjugais das cirurgias das RM demonstraram equivalência no que se refere à melhora na qualidade de vida das pacientes. Além disso, percebeu-se que o drama da mutilação apresenta-se mais configurado na mastectomia, mesmo considerando que uma paciente venha a se submeter à reconstrução mamária.

Considerações finais

A cada novo ano a comunidade científica dá maior atenção ao desenvolvimento de novas técnicas e expedientes clínicos, colocando à disposição recursos capazes de criar uma mama semelhante, em forma e aparência à natural. Todo esse esforço emerge de uma conscientização de que as mamas femininas, principal característica sexual secundária, constituem-se ícones de feminilidade e erotização; além do reconhecimento de que tais procedimentos não colocam em risco o perfil clínico da mulher.

Torna-se admissível dizer que a prioridade parece ainda estar centrada na remissão do quadro oncológico. Portanto, é provável que a não relevância das questões afetivas, sexuais e conjugais das pacientes com câncer de mama, deve-se à primazia da preservação da vida. Porém, que tipo de vida há de se preservar?!

Não se pode esquecer da visão proposta pela OMS, em que saúde não se traduz pela ausência de doença, mas sim pelo equilíbrio bio-psico-sócio-cultural da pessoa.

Cabe ratificar que a auto-imagem, a auto-estima, o sentimento de ser fonte de atração sexual, além do senso de feminilidade constituem-se elementos

relacionados diretamente ao equilíbrio psicológico e, por conseguinte, à vivência da sexualidade. A retomada da vida sexual não se constitui tarefa fácil. As conseqüências da ablação mamária e dos tratamentos coadjuvantes são drásticas, no que tange à auto-imagem e a auto-estima, além dos efeitos somáticos, como também os medos da recidiva e de machucarem o local.

Uma conjunção de fatores converge para os aspectos já ressaltados, na medida em que as mamas constituem-se um dos pontos basilares da dinâmica psicológica feminina.

As pesquisas na área da sexualidade só tiveram grande impulso na década de 60. O cruzamento desses dois campos ainda se demonstra tímido, pois lidar com questões que permeiam a sexualidade humana suscita reações coerentes com a estrutura social vigente.

Referências bibliográficas

- BRANDER, N. **Auto-estima**: como aprender a gostar de si. São Paulo: Saraiva, 1995a.
- _____. **O poder da auto-estima**. São Paulo: Saraiva, 1995b.
- CAPURRO, R.G. et al. Reconstrucción mamaria *post* mastectomia por cáncer. Nuestro enfoque personal. **Cuadernos del Cirurgia del Uruguay** v.51(3): 228-229, 1981.
- CARUSO, F. et al. Ricostruzione immediata della mamella dopo mastectomia per carcinoma. Nostra esperienza. **Gynecogy chirurgia** v(10): 411-416, 1998.
- CASH, T.F. **The body image workbook**: na 8-step program of learning to like your look. Oakland/California: New Harbinger, 1997.
- CAVALCANTI, M. **O corpo essencial**: trabalho corporal integrado para o desenvolvimento de uma nova consciência. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.
- CHARAVEL, M.; BRÉMOND, A.; COURTIAL, I. Psychosocial profile of women seeking breast reconstruction. **European Journal of Obstetric and Gynecology and Reproductive Biology**. nº 74: 31-35, 1997.
- CHEFFE, L.O. et al. Reconstruções mamárias – estágio atual, indicações, técnicas e resultados. **Acta médica**. 529-552, 1985.
- CHERMAN, S. **Sexo X Afeto**: o grande desafio. Rio de Janeiro: Sothya, 1993.
- CLARK, A., CLEMES, E., BEAN, R. **Adolescentes seguros**: como aumentar a auto-estima dos jovens. São Paulo: Gente, 1995.

- COMBS, A.; SNYGG, D. **Individual behavior**. New York: Harper and Row Publisher, 1959.
- COMFORT, A. **Os Prazeres do Sexo**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Parecer da Câmara Técnica de Cirurgia Plástica**. nº. 27/95, referências: Processo 5139 e processo 5613, 1995
- COSTA, M.M. **A saúde dos seios**. Rio de Janeiro: Diagramic, 1999.
- COSTA, M. do C.V.V. da. **Auto-estima: construção de um instrumento de medida e sua utilização numa pesquisa com servidores públicos federais**. Rio de Janeiro: PUC, Dissertação de Mestrado, 1978.
- FALLOWFIELD, L. J. y BAUM, M. Problemas psicosociales asociados com el diagnóstico y el tratamiento del cáncer mama. In Bland, K. I. y Coperland III, E. M. (org.) In: **La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas**. Bueno Aires: Panamericana, 1993.
- FERREIRA, A.B. de H. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1996.
- FISHER, S. **O orgasmo da mulher**. São Paulo: Manole, 1978.
- FREUD, S. **Obras Completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1972-1977.
- GHIZZANI, A. et al. The evaluation of some influencing the sexual life of women affected by breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**. vol.21(1): 57-63, 1995.
- _____ A neglected issue: The sexual side effects of current treatments for breast cancer. **Journal of Sex & Marital Therapy**. vol.18(1): 3-19, 1992.
- GIFFORD, S. Emotional attitudes toward cosmetic breast surgery: loss and restitution of the "Ideal Self". IN: GOLDWYN, R. M.(ed.) **Plastic and reconstructive surgery of the breast**. Boston: Little, Brown, p.103-121, 1976.
- GOLDENSON, R. & KENNETH, N.A. **Dicionário de sexo**. São Paulo: Ática, 1989.
- GUENTHER, Z.C. e COMBS, A.W. **Educação de pessoas**. Belo Horizonte: UCMG/FUMARC, 1980.
- HANG-FU, L.; SNYDERMAN, R.K. State-of-the-art breast reconstruction, **Cancer**. vol.68(5): 1148-1156, 1991
- JURBERG, M.B.; JURBERG, P. Atração sexual – principais estímulos, segundo a Biologia e a Psico-sociologia. **Scientia Sexualis**, vol.4, nº3: 45-73, 1998.
- KINSEY, A. C. *et al.* **Conduta sexual da mulher**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1955.
- KITZINGER, S. **A mulher e o sexo**. Rio de Janeiro: Interamericana, vol. 3, 1985.

- LEAL, P. R. *et al.* Reconstrução imediata de mamas: avaliação das pacientes operadas no Instituto Nacional do Câncer no período de junho de 2001 a junho de 2002. **Revista Brasileira de Mastologia**. vol. 13, nº 14: 149-158, 2003.
- MACHADO, M. Autoestima. **Sexología y Sociedad**. Centro Nacional de Educacion de Cuba. vol.1(1):8-11, 1995.
- MASLOW, A. **Motivation and personality**. New York: Harper and Row Publisher, 1970.
- MASTERS, W.H.; JOHNSON, V.E.; KOLODNY, R.C. **O relacionamento amoroso**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.
- McCRAW, J.B.; CRAMER, A.R.; HORTON, C.E. Reconstrucción mamaria después de la mastectomia. In: BLAND, K.I.; COPELAND III, E.M. (org.) **La mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas**. Buenos Aires: Panamericana, 1993.
- MORETTI, E.; ROVANI, I.M. Os sentimentos das adolescentes em relação à imagem corporal. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**. vol.7(2): 202-225, 1996.
- MOYSÉS, L.M.M. **Efeitos dos tratamentos de valorização pessoal e clarificação de valores sobre a auto-estima de menores institucionalizados**. Rio de Janeiro: PUC, Tese de Doutorado, 1982.
- NOONE, R.B. *et al.* Patient acceptance of immediate reconstruction following mastectomy. **Plastic and Reconstructive Surgery**. vol.69(4): 632-640, 1982.
- PITANGUY, I. *et al.* Abordagem cirúrgica da mama contralateral. **Revista Brasileira de Cirurgia**. vol. 81 (3): 147-160, 1991.
- POMPEI, S.; BOTTI, C. & ANZA, M. Reconstrução mamária imediata e critérios oncológicos: nossas atuais orientações. **Revista Paulista Médica**, 108: 21-24, 1990.
- PURKEY, W. **Self concept and school achievement**. New Jersey: Englewood Cliffs, 1970.
- ROGERS, C. **Tornar-se pessoa**. São Paulo: Martins Fontes, 1973.
- SABA, A.M.F. **Reações de ansiedade em mulheres perante situações de mastectomia e histerectomia**. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Psicologia, Dissertação de Mestrado, 1982.
- SALEM, Z.C. *et al.* Reconstrucción mamaria. Artículo de Actualizaccion. **Cuadernos de Cirurgia de lo Instituto de Cirurgia, Facultad de Medicina, de la Universidad Austral de Chile**. vol.10 (1): 75-82, 1996.
- SCHILDER, P. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. São Paulo: Martins Fontes, 1980.
- STOPPARD, M. **Mamas: saúde e cuidados**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1998.

- TEIXEIRA, I. **Reconstruindo o prazer de viver: as implicações afetivo-sexuais da cirurgia de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas.** Rio de Janeiro: UGE, Dissertação de Mestrado, 1999.
- VASCONCELOS-RAPOSO, J. Bem-estar psicológico, prática de exercício físico, auto-estima e satisfação pessoal. In: **Anais. Congreso Gallego-Português de Psicologia de la actividad física del Deporte**, Pontevedra, Espana. 2004.
- VIANNA, A.M.S.A. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. **Estudos de Psicologia**. vol. 13, nº 3: 203-210, 2004.
- VOLICH, R. M. O eclipse do seio na teoria freudiana: a recusa do feminino. **Percorso**, Nº 14(1): 55-64, 1995.
- _____. Gene real, gene imaginário: uma perspectiva fant(má)tica da hereditariedade. **Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental**. vol.1(2):137-152, 1998
- _____. Câncer de mama, entre linhas, entranhas...: perspectivas psicanalíticas. **Boletim de Novidades Punsional**, nº 107: 17-24, 1998.
- WELLISCH, D.K. *et al.* Psychosocial correlats of immediate versus delayed reconstruction of the breast. **Plastic and reconstructive surgery**. vol.76(5): 713-718, 1985.
- YALOM, M. **História do seio**. Portugal: Teorema, 1998.
- ZANI, R. **Beleza & auto-estima**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.