

ANAIS ELETRÔNICOS DA I CIEGESI / I ENCONTRO CIENTÍFICO DO PNAP/UEG

22-23 de Junho de 2012 - Goiânia, Goiás.

A SEXUALIDADE FEMININA APÓS A MASTECTOMIA

LOPES, Bárbara Thaís Oliveira¹
ASSIS, Eliane Priscila de Oliveira²

RESUMO

O objetivo desse estudo foi investigar a sexualidade de mulheres mastectomizadas, abordando as possíveis modificações ocorridas em suas vidas após o impacto de receberem o diagnóstico de câncer de mama e após a mastectomia, no que se refere aos sentimentos vivenciados, aos relacionamentos e à sexualidade. Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre os temas: câncer de mama, mastectomia, formas de tratamento e sexualidade pós-cirurgia. Os resultados encontrados na pesquisa apontam para o fato de que as mulheres após a descoberta do câncer de mama e o enfrentamento da mastectomia vivenciam, entre outros, sentimentos como medo, rejeição, vergonha e interesse sexual diminuído. Conclui-se, ainda, que esses sentimentos se relacionam com a autoimagem corporal e, por isso, afetam a autoestima e a sexualidade da mulher.

Palavras-Chave: Mastectomia. Sexualidade. Saúde da mulher.

1 INTRODUÇÃO

O crescimento anormal de um tecido que forma uma massa ou tumor e se desenvolve de forma desordenada é chamado de neoplasia. As células contidas nessa massa são mutantes, modificadas e se multiplicam rapidamente. Quando entram na corrente sanguínea, podem invadir outros órgãos ou tecidos, comprometendo os mesmos, essa invasão celular é chamada metástase (PORTH, 2004).

1 Graduada em Enfermagem, aluna do curso de Gestão em Saúde da UnUEAD/UEG, barby-enf@hotmail.com.

2 Graduado em Ciências Biológicas, docente da Universidade Estadual de Goiás, elianepiscilaoliveira@yahoo.com.br.

De acordo com Montenegro (2008) os tumores podem ser benignos e malignos. O benigno tem um desenvolvimento lento e são mais toleráveis pelo organismo. Já o tumor maligno tem um rápido crescimento e um poder de infiltrar-se mais facilmente na região em que se desenvolve, com efeitos que prejudicam muito o ser humano.

O câncer de mama ou carcinoma mamário é o tumor maligno mais comum entre as mulheres, o mesmo acontece em virtude de multiplicações rápidas e desordenadas de determinadas células. Esse tipo de câncer manifesta-se principalmente sob a forma de nódulos, identificados na maioria das vezes por meio do autoexame pelas próprias mulheres (GOMES, 1987).

Estudo realizado pelo INCA (2012) cita o câncer de mama como o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres, o que corresponde a 27,9% dos novos casos encontrados nesse grupo. É provável que o câncer mais temido pelas mulheres seja o câncer de mama, não só pela alta frequência, mais principalmente pelos seus efeitos psicológicos, que prejudicam a percepção da sexualidade e a imagem corporal.

Aproximadamente 52.680 novos casos de câncer de mama são esperados para o Brasil no ano de 2012, com a estimativa de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Mesmo sendo considerado um câncer de bom prognóstico, as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. A sobrevida média na população mundial é de 85% após cinco anos, no entanto, nos países em desenvolvimento a estatística de sobrevida fica em torno de 60% (INCA, 2012).

No tratamento do câncer de mama a mastectomia é um dos métodos mais utilizados, trata-se de uma cirurgia mutiladora, com a finalidade de remover todo o tumor visível e podendo acarretar problemas físicos e psicológicos (BERVIAN *et. al*, 2006).

Gomes (1987) explica que a mulher se sente mutilada e, diferente de outras pessoas, vivencia o novo aspecto do corpo de forma complicada, pois a sociedade atual valoriza o corpo perfeito, a estética corporal, levando-a assim à depressão, à

ansiedade, entre outros problemas. Assim essas sensações e/ou distúrbios comprometem muito a qualidade de vida dessas mulheres. Segundo Talhaferro (2007) a perda da mama faz com que a mulher sinta dificuldades de expressar sua intimidade e também com que evite roupas que evidenciem o seu corpo.

Além de desenvolver um importante papel fisiológico, as mamas representam em nossa cultura uma forma de identificação da mulher e expressa por meio do erotismo a sua feminilidade, sexualidade e sensualidade, no entanto, apesar dos avanços da medicina, o câncer de mama e suas consequências são vistos como uma “sentença de morte”, na maioria das mulheres acometidas por essa enfermidade (ANGERAMI, 2000).

Esta pesquisa é importante para fornecer subsídios de uma qualidade de vida diferenciada entre as mulheres mastectomizadas e seus cuidados. Podem-se oferecer informações importantes, conhecimento e humanização após realizar uma vasta revisão bibliográfica sobre a sexualidade feminina após o câncer de mama. Além de comparar estatísticas, dados fornecidos em situações patológicas envolvidas com a sexualidade pós- mastectomia.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Câncer de Mama

Conforme Vianna (2004), o câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, devido a sua alta frequência e, sobretudo, pelo impacto psicológico que provoca. De acordo com Sabbi (1999), o câncer de mama não é recente, pois ela tem uma longa história e a primeira referência escrita foi no Egito antigo, com data de 2500 a.C.

Segundo Gimenes (2000), o câncer possui uma história repleta de imagens de vergonha, pois a grande ameaça é a mutilação de uma parte do corpo, no qual é um dos principais símbolos da identidade feminina. Chaves (2006), explica que o câncer de mama é uma das patologias que ocorre mais alterações na vida das pessoas principalmente na vida das mulheres.

Para Freitas (2001), o câncer de mama se torna uma doença da família tanto quanto pessoal, pois acaba comprometendo no funcionamento psicológico, social, cultural e que abrange o medo de se tornar inválido ou ficar totalmente comprometido com a doença.

Dentre as neoplasias malignas, o câncer de mama é o que mais acomete as mulheres, pois ocasiona um grande índice de mortalidade, tornando-se uma preocupação de saúde pública tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos.

Segundo Angerami (2000) vários fatores contribuem para o desenvolvimento do câncer de mama, tais como: pré-disposição genética, exposição a fatores ambientais de risco, determinados vírus, algumas substâncias alimentícias, obesidade, etilismo, mutação genética, menarca precoce, nuliparidade e idade materna tardia, menopausa tardia, história de doença mamária proliferativa e exposição a radiações ionizantes. De acordo com Smeltzera & Bare (2005), a presença desses fatores pode ser observada ao investigar o histórico do paciente, incluindo informações sociais como: estado civil, ocupação, entre outros. Já o Instituto Nacional de Câncer relata que a idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama, no qual a taxa de incidência aumenta rapidamente até os 50 anos.

Para Sabbi (1999) a mulher tem uma grande probabilidade de desenvolver o câncer de mama, tais com: mulheres com mais de 50 anos e menos de 65 anos; os seus hábitos sociais e alimentação favorecendo o desenvolvimento do câncer mamário; mulheres que começaram a menstruar antes do 11 anos, excesso de peso, especialmente após a menopausa; também aquelas que tenham parentes de primeiro grau que tiveram câncer da mama; mulheres que menstruam por mais tempo (após 52 anos); mulheres que já tiveram um tumor de mama, mesmo que estejam curadas e que tiveram seu primeiro filho depois dos 30 anos e também aquelas que consomem muita comida gordurosa e poucas verduras, legumes, frutas, álcool regularmente fumam ou usam muito açúcar branco.

Segue abaixo as classificações de carcinomas (lesões malignas) apresentadas por Smeltzara & Bare (2005).

Carcinoma *In Situ*,³ que não é invasivo e é detectado através da mamografia. Esse tipo de câncer corresponde a 20% dos tumores detectados na mama onde células malignas se espalham dentro dos ductos e lóbulos, por isso a denominação de Carcinoma Ductal *In Situ* e Carcinoma Lobular *In Situ*.

Existe também o Carcinoma Invasivo que é definido como Carcinoma Ductal Infiltrativo, que é o mais comum, corresponde a 75% de todos os cânceres de mama e são notáveis por causa da sua induração à palpação e normalmente enviam metástases para os linfonodos axilares.

Carcinoma Lobular Infiltrativo: que contribui com 5 a 10% dos cânceres de mama e acontecem como uma área de espessamento mal definida da mama, quando comparados com os tipos ductais infiltrativos. Também podem ocorrer diversas áreas de espessamento em uma ou em ambas as mamas.

Carcinoma Medular: pode constituir 6% dos casos de câncer de mama. Esse tipo de tumor cresce em uma cápsula dentro de um ducto podendo ficar grande, porém o prognóstico é favorável.

Câncer Mucinoso: constitui aproximadamente 3% dos cânceres de mama. É um nódulo produtor de mucina e exibe um crescimento lento, apresentando um prognóstico favorável em comparação com os outros tipos.

Câncer Ductal Tubular: Apenas 2% dos cânceres de mama correspondem ao câncer ductal tubular. Nesse tipo de câncer, as metástases são incomuns, gerando um excelente prognóstico.

Carcinoma Inflamatório: Um raro tipo de câncer de mama corresponde com 1 a 2% dos casos diagnosticados, apresentam sintomas diferenciados dos outros cânceres, pois o tumor é doloroso e sensível, e a pele sobre ele mostra-se avermelhada, podendo ocorrer edema e retração do mamilo. Os sintomas ficam grave rapidamente o que levam à busca imediata de cuidados médicos, porque a doença dissemina-se rapidamente para outras partes do corpo; os agentes quimioterápicos

³ *In Situ*: é uma expressão latina que significa no lugar.

desempenham um papel importante na tentativa de controlar a progressão da doença. A radiação e a cirurgia também são empregadas para controlar sua disseminação.

Doença de Paget: Contribui com apenas 1% do câncer na mama. É uma lesão descamativa com queimação e prurido ao redor do complexo mamilo-aréola. A neoplasia é ductal e pode ser *In Situ*, ou também células cancerosas invasivas. Geralmente, a massa tumoral não pode ser palpada e a mamografia pode ser o único exame capaz de diagnosticar e detectar o tumor, porém os seus resultados são frequentemente negativos, tornando a biópsia o único exame definitivo.

Segundo Porth (2004), para o diagnóstico e classificação da doença, são empregados alguns procedimentos, tais como: o autoexame da mama que é bastante eficaz e deve ser realizados mensalmente a partir dos vinte anos de idade, e a cada três anos é necessário que se faça um exame clínico. Já as mulheres com idade acima de quarenta anos, a indicação é de uma triagem que detecta precocemente lesões clinicamente inaparentes. Outros diagnósticos empregados para a detecção incluem o exame físico, mamografia, ultrassonografia, aspiração percutânea com agulha, biópsia com agulha esteneotáxia e biópsia excisional.

2.2 Mastectomia

Gimenes (2000) relata que após o diagnóstico de câncer de mama, as mulheres e seus familiares se preocupam primordialmente com a chance de sobrevivência, mas a angústia pelo tratamento e o diagnóstico sempre esteve presente. Cada mulher que apresenta a patologia trás consigo as características demográficas e suas estratégias de enfrentamento para lidar como o estresse e assim cada uma delas tem um modo particular de lidar com a mastectomia.

Porth (2004) diz que uma vez detectado o tumor maligno, verifica-se o estágio de desenvolvimento e multiplicação das células. A partir daí, algumas formas de tratamento são utilizadas como, por exemplo, a manipulação hormonal, a quimioterapia, a radioterapia e em casos de estágios mais avançados realiza-se o tratamento cirúrgico. Para Malzyner (1997) a forma de tratamento vai depender da localidade e do

tamanho do tumor, idade do paciente, a análise da mamografia e o modo de como a paciente lidar com a mama afetada.

De acordo com Smeltzera & Bare (2005), a principal meta do tratamento cirúrgico é erradicar a presença do câncer localizado. Os procedimentos mais utilizados para o tratamento local do câncer de mama invasivo são a mastectomia com ou sem reconstrução e a cirurgia de conservação da mama combinada com a radioterapia. Gimenes (2000) relata que no século XXI a mastectomia alcançou uma ampla utilização desse método para o tratamento de câncer de mama, em pacientes com estágio inicial e em seguida a cirurgia de reconstrução mamaria ou cirurgia conservadora.

Dentre as opções de tratamento cirúrgico estão os procedimentos de conservação da mama: lumpectomia, excisão ampla, mastectomia parcial, mastectomia segmentar e a quadrantectomia. São termos relativamente sinônimos para descrever a remoção de quantidades variadas de tecido mamário, inclusive do tecido maligno e algum tecido circunvizinho para garantir margens limpas; os linfonodos axilares também são removidos com esses procedimentos no caso de câncer do tipo invasivo.

Já a outra forma cirúrgica, como a dissecação de linfonodo axilar, remove completa ou parcial os linfonodos axilares imersos em tecido adiposo para determinação da extensão da disseminação da doença; o mais importante determinante isolado para o diagnóstico e para a necessidade de tratamento auxiliar.

Na mastectomia total, há uma remoção apenas do tecido mamário; esse procedimento é geralmente realizado para o tratamento de carcinoma *In Situ*, tipicamente ductal. Já a mastectomia radical modificada, remove o tecido mamário e dissecação de um linfonodo axilar; os músculos peitorais maiores e menor permanecem intactos. E por fim, a mastectomia radical que remove o tecido mamário junto com os músculos peitorais maiores e menor, além da dissecação de linfonodos axilares (SMELTZERA & BARE, 2005). Para Maluf (2006), a mastectomia radical gera uma agressão corporal e psíquica.

Algumas mulheres que estão em alto risco para o câncer podem se submeter à mastectomia profilática que consiste na retirada total e reconstrução imediata da

mama, feita apenas por precaução ou medo que o câncer venha a se desenvolver (SMELTZER *et al*, 2009).

Maluf (2006) relata que a amputação das mamas causa estranheza em função da agressão ao “eu – pele”. Causa também, algumas vezes, o decréscimo ou dano das sensações nas áreas da cicatriz, o que se forma em problema para várias mulheres. Já para Pinto (2006), relata que a perda do seio é desorganizadora do esquema corporal, no qual, as pacientes se sentem mais feias menos feminina e descontente com o seu corpo. A insegurança e o medo de morte são recorrentes acarretando a dificuldades de estabelecer relacionamento com o outro. Conforme Maluf (2006, p. 20) a

[...] unidade corporal é mantida pela pele que tem como funções conter e reter em seu interior o “bom” e o “pleno”, como o aleitamento e cuidados; é a interface que marca o limite entre o “de fora”, mantendo-o externo, é a barreira que protege contra as agressões provindas do meio, é um lugar e um meio primário de comunicação com os outros, de estabelecimento de relações significativo sendo um órgão muito estimulado nas preliminares sexuais; ao ser agredida e retirada, os conteúdos internos (físicos e psicológicos) são exteriorizados.

Após alguns meses da cirurgia, as mulheres mastectomizadas começam a se preocupar com a reabilitação física, a prótese e seu reingresso social, além dessas preocupações essas mulheres enfrentam também as dificuldades no casamento, nas atividades sociais e de lazer, no trabalho, entre outros (GIMENES, 2000).

Segundo Freitas (2001) essas mulheres que apresentam dificuldades com a reabilitação, o medo e a dificuldades são frequentes e exacerbados pela atitude negativa em relação ao câncer. Vários estudos apontam sequelas psicológicas e físicas do câncer de mama, dificuldades com próteses, alteração da imagem corporal, excesso ou perda de peso e distúrbios psicológicos que continuam por longo período após o tratamento. Assim entende-se por reabilitação

[...] restaurar privilégios, reputação ou própria condição; restaurar a vida normal com treinamento, especialmente após reclusão ou doença. Conceitos de reabilitação estão relacionados à qualidade de vida, definidos como uma combinação de satisfação pessoal, status emocional, econômico, saúde geral, conhecimento, comparação com outros, desenvolvimento de habilidades e

autoestima [...] A reabilitação é um marco referencial na luta contra o câncer [...] (FREITAS, 2001, p. 355).

A reconstrução mamária tem o principal objetivo de melhorar a autoimagem, restaurar o volume perdido, assegurar uma simetria com a mama oposta, recriar aréola e mamilo e restabelecer a imagem corporal. Podendo ser feita após a mastectomia, sendo denominada tardia; ou pode ser feita em conjunto com a mastectomia, sendo denominada imediata. As técnicas de reconstrução mamária irão depender da cirurgia realizada para o tratamento. Hoje em dia, a reconstrução mamária não oferece maiores riscos, porém o cirurgião, oncologista e cirurgião plástico devem estar bem integrados para alcançar os melhores resultados. Para a mulher que passou pelo o procedimento da mastectomia irá depender de muitos fatores. No geral, quanto mais cedo um caso é tratado maior a chance de uma cirurgia reconstrutora (CLARK, 1997).

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre os temas: câncer de mama, mastectomia, formas de tratamento e sexualidade pós-cirurgia. Investigou-se, por meio dos dados oriundos da revisão, a sexualidade de mulheres mastectomizadas, abordando as possíveis modificações ocorridas em suas vidas após o impacto de receberem o diagnóstico de câncer de mama e após a mastectomia, no que se refere aos sentimentos vivenciados, aos relacionamentos e à sexualidade.

4 RESULTADOS

A mama representa um papel de suma importância na sexualidade e na vida da mulher como um todo, por isso, muitas mulheres ao perceberem ou suspeitarem de algum problema relacionado à mama, podem desenvolver ansiedade e depressão, incluindo também, medo de desfiguração, perda de atração sexual, abandono pelo parceiro e morte. Esses medos e inseguranças podem levar a mulher a procurar

atendimento de saúde tardio pelo receio da descoberta da patologia (SMELTZERA & BARE, 2005).

O câncer de mama é uma doença ameaçadora, triste, apavorante, devastadora e preocupante. Ao saber que foi diagnosticada, a mulher sofre um impacto quanto físico e emocional. O enfrentamento de uma enfermidade nessa parte do corpo feminino impõe a vivência de vários estágios que vão desde a expectativa e o medo de estar com a doença, até o recebimento do diagnóstico que causa um efeito devastador na vida de uma mulher (ROSENHEIN *et al*, 2006).

O medo de morrer e a possibilidade de mastectomia geram incertezas e ansiedades o que no faz perceber que é inquestionável a diversidade de sentimentos em uma mulher que descobre o câncer de mama e que enfrentará uma mastectomia juntamente com outras formas de tratamento, que muitas vezes são bastante agressivos (HUGUET *et al*, 2009). Segundo Barbosa (2008) o medo da alteração corporal compromete a relação que a mulher tem do seu corpo e da sua mente, tornando-se uma experiência traumatizante, dolorosa e geradora de ansiedade.

Os principais sentimentos e preocupações vivenciados pelas mulheres se relacionam com o prognóstico, além dos efeitos colaterais da doença e da sobrevivência. A depressão e a negação são as principais formas de resposta psicológica quando a patologia é descoberta. Por outro lado, as diferentes formas de tratamento podem gerar sentimentos contraditórios, onde há a esperança da cura, mas há também o medo de enfrentar o corpo mutilado que persiste e contribuem para preocupações com a feminilidade que afetam as relações com o parceiro, podendo levar a baixa autoestima (FABBRO *et al*, 2008).

Segundo Ferreira & Mamede (2003), a amputação da mama favorece o surgimento de muitas questões na vida das mulheres, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal e o medo do câncer. A mama é um órgão representado pela sociedade demonstrando a estética, a sexualidade feminina e a maternidade. Com sua remoção é traumática, podendo produzir mudanças radicais na aparência, e, assim, a autoimagem corporal deve ser ajustada a essa nova situação.

A primeira grande dificuldade que as mulheres encontram após a mastectomia, é sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, faltando uma parte que culturalmente representa a feminilidade. Elas acabam por perceber com estranheza o seu corpo gerando grandes preocupações que se dão pela percepção da assimetria do corpo e visibilidade da cirurgia que leva ao sentimento de mutilação ou até mesmo de castração. A aceitação da autoimagem é uma grande dificuldade enfrentada no pós-operatório, pois a cirurgia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta (FERREIRA & MAMEDE, 2003).

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher mas também o contexto social, âmbito familiar e grupo de amigos. Esse impacto está ligado aos tratamentos indicados associados à cirurgia. Além de afetar os relacionamentos com a família, visto que diante de todo o processo, ocorrem também alterações de ordem emocional, física e social na vida da mulher se estendem aos familiares (MELO *et al*, 2005).

A família é apontada como o elemento mais importante na recuperação de mulheres com câncer de mama dando suporte e ajuda, contribuindo assim para a recuperação da mesma. O apoio da família é um dos principais recursos externos da paciente para desenvolver estratégias de enfrentamento (BERVIAN, 2006).

O marido também contribui com um importante papel, buscando estratégias que permitem fortalecer a vida conjugal, demonstrando dedicação, apoio e acompanhamento do tratamento, (SILVIA *et al*. 2010). Contudo, as mulheres acabam desenvolvendo preconceitos com seu próprio corpo o que pode dificultar o retorno à vida sexual, pois a maioria sente vergonha de mostrar-se despida na frente dos seus parceiros, preferindo muitas vezes, relações sexuais vestidas com sutiãs ou camisetas (ROSENHEIN, 2006).

Duarte & Andrade (2002), relata que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela torna-se mais receptiva, no qual o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento tornam-se melhor. Para Pauda (2006), a qualidade do relacionamento entre o casal não vai depender só pelo o alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher e sim pelo retorno do

interesse sexual numa fase mais tranquila da doença. E assim, após o tratamento o casal volta a se interessar-se pela vida sexual e se preocupar com o relacionamento sexual de ambos. Buscando as novas formas de adaptação e as condições atuais da mulher, ocorrendo à troca de carícias e trazendo assim uma forma mais agradável, prazeroso e confortável.

Para Maluf (2006) o papel sexual é um enorme aspecto de qualidade de vida, aspecto que deve ser tratado com o paciente juntamente com a discussão sobre a doença. Deve ser feita a ligação entre a saúde e a questão sexual, enfatizando a importância de manter a atividade sexual durante o tratamento e a recuperação.

Além da cirurgia, Almeida (2006), relata que o tratamento quimioterápico produz efeitos colaterais, que são indicadores visíveis da doença, como a perda do cabelo e ganho de peso fazendo com que ela sinta vergonha e até dificuldades em se relacionar com o marido, se sentindo sexualmente repulsiva.

Silva (2008) relata que no imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos como amamentar, seduzir e acariciar e quando se deparam com a ideia de uma intervenção necessária, esta por sua vez, pode trazer consequências bastante dolorosas para sua autoestima que poderá resultar em um interesse sexual diminuído. Os efeitos secundários do tratamento como, alteração na produção de hormônios sexuais e menopausa precoce, também contribuem para a diminuição da libido, interferindo nas suas relações afetivas.

Segundo (ROSENHEIN *et al*, 2006), a alopecia, um dos efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, também pode trazer grandes sofrimentos relacionados com a imagem corporal, pois no contexto social, a perda do cabelo mostra o diferente, o não belo, a pessoa está inquestionavelmente doente, reforçando o sentimento de compaixão sentido pelos outros e pela própria mulher. Portanto a mulher mastectomizada precisa de tempo para assimilação dessa nova imagem corporal para melhor enfrentamento da patologia.

A atuação do psicólogo é importantíssima durante todas as fases do tratamento, ao qual não se restringe ao paciente oncológico, portanto é imprescindível incluir a família no atendimento, pois são peças fundamentais no auxílio das pacientes

mastectomizadas. Na medida em que tenha suporte, a família pode se tornar aliada permanente não só do paciente, como também da própria equipe de saúde (VENÂNCIO, 2004).

Portanto a mulher pode apresentar uma série de dificuldades ao enfrentar o câncer de mama e as suas formas de tratamento em decorrência dos problemas em lidar com o próprio corpo, pois as alterações implicam nas suas relações afetivas, refletidas na forma de como percebem a si mesmas e de como encaram a vida após a mastectomia (BARBOSA, 2008).

5 CONCLUSÃO

Por meio dessa pesquisa bibliográfica, verificou-se que as mulheres ao descobrirem o câncer de mama e enfrentarem a mastectomia vivenciam um misto de sentimento, tais como: rejeição, medo, vergonha, baixo autoestima, interesse sexual diminuído, ganho de peso, diminuição da libido, sofrimento com a imagem corporal, entre outros. A investigação demonstra que isso se relaciona à autoimagem corporal afetando a autoestima e a sexualidade da mulher.

A insatisfação com o próprio corpo gera repercussões negativas na identidade feminina que levam a sérios conflitos pessoais que afetam os seus relacionamentos sociais, familiares e principalmente os relacionamentos afetivos, que muitas vezes são desestabilizados diante de uma das formas de tratamento mais temido pelas mulheres: a mastectomia.

A qualidade dos relacionamentos afetivos das mulheres com seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, é um fator que influencia a qualidade de vida pós-diagnóstico, no qual, a família, também é suscetível à mudança em sua imagem, à forma como a família reage à situação do câncer de mama e a mastectomia vai depender da família se é estruturada, qual o nível de comprometimento e interação.

Diante da problemática levantada nesta pesquisa, muitas mulheres acabam desenvolvendo preconceitos com seu corpo o que pode dificultar o retorno à vida sexual, ao qual, elas sentem vergonha.

Portanto, o enfrentamento das perdas durante todo esse processo, das relações conflituosas, do tratamento e do medo de morrer fragilizam a mulher e todo o núcleo familiar, pois os profissionais para que possam trabalhar de forma integralizada e interdisciplinar desde momento do diagnóstico, durante e posterior ao tratamento. Dando suporte diferenciado e humanizado às mulheres mastectomizadas. Assim, o diagnóstico e as etapas do tratamento poderão tornar-se mais suaves para as mulheres e mais comprometedoras na prática da assistência.

REFERÊNCIAS

ANGERAMI, V. A. **Psicologia da Saúde. Um Novo Significado Para a Prática Clínica.** Editora Cengage Learning. São Paulo; 2000.

ALMEIDA, R. A. **Impacto da mastectomia na vida da mulher.** Ver. SBPH v.9, n.2. 2006.

BARBOSA, J. R. G. **A sexualidade nas mulheres mastectomizadas.** 96 f. Dissertação (Graduação em Enfermagem); Universidade Fernando Pessoa. Porto, 2008.

BERVIAN, P. I.; OLIVEIRA, N. M.; PERLINI, G. A família convivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2006.

CHAVES, E. R. **O olhar da mulher mastectomizada.** Cascavel: Coluna Saber, 2006.

CLARK, J. C. **Enfermagem oncológica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, A.N. **Enfrentando a mastectomia:** análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. 2002. Disponível em <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em 20 de Abril de 2012

FABBRO, M. R. C.; MONTRONE, A. V. G.; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. **Rev. Enfermagem.** UERJ; 16(4); 532-7. 2008.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do Corpo na Relação Consigo Mesma Após a Mastectomia. **Rev Latino-am Enfermagem**, 2003.

FREITAS, F. E. A. **Rotinas - ginecologia.** Porto Alegre: Artmed, 2001. P 355.

GOMES, R. **Manual de Oncologia Básica.** Campinas: Revinter, 1987.

GIMENES, M. G. G. **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

HUGUET, P. R.; MORAIS, S. S.; OSIS, M. J. D.; PINTO-NETO, A. M.; GURGEL, M. S. C. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol. 31; n. 2. 2009.

INCA Instituto Nacional de Câncer; Ministério da saúde. **Estimativa da Incidência de Câncer de mama no Brasil**; 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em 05 de Maio de 2012.

INCA Instituto Nacional de Câncer; Ministério da saúde. **Câncer de Mama**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336> Acesso em 05 de Maio de 2012.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MALUF, M. F. **Mastectomia radical e sexualidade feminina**. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006. P 20.

MALZYNER, A. (1997). **Metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer de mama de Halsted ao BRCA-1**. In M. G. G, 1997.

MELO, E. M.; SILVA, R.M.; FERNANDES, A.F.C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 51 (3), 219-225. 2005.

MONTENEGRO, M. R.; FRANCO, M. **Patologia. Processos Gerais**. 4º Edição. São Paulo: Editora Ateneu, 2008.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 17.ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

PÁDUA, E.A. **Câncer de mama não impede a prática sexual**. 2006. Disponível em <http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo>. Acesso em 12 de Março de 2012.

PORTH, C. M.; KUMIRT, M. P. **Fisiopatologia**. 6º Edição. Editora Guanabara Koogan Porth, 2004.

PINTO, A. C. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. **Rev. SBPH**, v. 9, n.,2, Rio de Janeiro, dez. 2006. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200002&lng=pt&nrm=is. Acesso em 06 de Abril de 2012.

ROSENHEIN, D. P.; BULHOSA M. S.; LUNARD, V. L.; FILHO, W. D. L. Vivências e Cuidados da Mulher Mastectomizada. **Ver. Brás. Enferm.** 2006 nov-dez; 59(6): 791-5

SILVA, T. B. C.; SANTOS, M. C. L.; ALMEIDA, A. M.; FERNANDES, A. F. C. Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Rev. Esc Enferm. USP.** 2010; 44(1): 113-9.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psic. em Estudo.** V.13, p. 231-237. 2008.

SMELTZER, S. C.; BARE B. G. **Tratamento de Enfermagem Médico Cirúrgica:** Brunner e Suddarth. 10ª Edição. Editora Guanabara Koogan. Vol. 3, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE B. G.; HINKLE J. L.; CHUVER K. H. **Tratamento de Enfermagem Médico Cirúrgica:** Brunner e Suddart. 11ª Edição. Editora Guanabara Koogan. Vol. 2, 2009.

SABBI, R. A. **Salvando a sua mama: informações para as mulheres.** Rio de Janeiro: Revinter, 1999.

TALHAFERRO, Belisa; LEMOS, Suyane S.; Elmari de Oliveira. **Mastectomia e suas consequências na vida da mulher.** Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, 2007.

VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2004. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/REVISAO3.pdf. Acesso em 02 de Maio de 2012.

VIANNA, A.M.S.A; **Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução da mama:** um estudo piloto. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2004000300005&script=sci_arttext. Acesso em 12 de Abril de 2012.