

A prática da reconstrução mamária no universo psicoafetivo da mulher mastectomizada

The practice of breast reconstruction in the psychic and emotional universe of woman submitted to mastectomies

Ângela Maria Fausto Souza¹, Roberto José da Silva Vieira¹, Helena Amaral da Fontoura²

Descritores

Mamoplastia
Qualidade de vida
Neoplasias da mama

Keywords

Mammaplasty
Quality of life
Breast neoplasms

RESUMO

Objetivo: Conhecer e analisar o significado da reconstrução mamária em mulheres portadoras de câncer submetidas à mastectomia radical ou sua perspectiva, por meio de informações por elas aportadas, sentimentos, adesão e sentidos relacionados a sua prática, com vistas a subsidiar a abordagem desse tratamento no campo da saúde pública brasileira. **Métodos:** Para isso, foi realizado um estudo exploratório de natureza qualitativa, utilizando-se entrevistas com um grupo de 20 mulheres a respeito da reconstrução mamária. **Resultados e discussão:** Verificou-se a influência positiva do procedimento sobre a qualidade de vida e bem-estar, quando incluído na terapêutica médica. Como fator negativo, registrou-se a falta de informação por parte das mulheres a respeito da possibilidade cirúrgica da reconstrução mamária como parte importante do tratamento.

ABSTRACT

Objective: To understand and analyze the significance of breast reconstruction in women with cancer undergoing radical mastectomy or its possibility, through information provided by them, their feelings, participation and meanings related to this practice, in order to support this treatment approach in the public health field in Brazil. **Methods:** A qualitative exploratory survey was carried out, using interviews with a group of 20 women about breast reconstruction. **Results and discussion:** A positive influence of the procedure was found on quality of life and well being, when included in the medical therapy. As a negative aspect, women did not have enough information about the possibility of surgical breast reconstruction as an important part of treatment.

Trabalho realizado no Instituto Nacional Fernandes Figueira de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

¹Pesquisador do Instituto Nacional Fernandes Figueira da FIOCRUZ – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

²Pesquisador da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) – Rio de Janeiro (RJ), Brasil.

Endereço para correspondência: Angela Maria Fausto Souza – Rua Professor Saldanha, 142 – Jardim Botânico – CEP 22461-220 – Rio de Janeiro (RJ), Brasil – E-mail: angelafausto@openlink.com.br

Recebido em: 20/09/2011. Aceito em: 24/04/2012

Introdução

O câncer da mama, nos registros históricos mais antigos, era considerado uma doença sem tratamento e incurável¹. No final do século XIX, Halsted² desenvolveu a prática da cirurgia radical em mulheres portadoras, dando início assim à sistematização terapêutica do câncer mamário, obtendo a cura em muitos casos. Seu trabalho foi importante, pois abriu uma nova perspectiva no tratamento da doença opondo-se ao conceito antigo de incurabilidade^{3,4}. Essa técnica permaneceu como padrão de escolha por muito tempo, até a segunda metade do século XX. Contudo, a presença de graves sequelas locais e de linfedema no membro homolateral à cirurgia, levou às mulheres a terem uma visão terrível sobre o tratamento, associado a um estigma visível que diferenciava as doentes do resto da população normal, limitando a sua vida afetiva e social.

A transição para as cirurgias menos mutiladoras ocorreu de maneira lenta, acompanhada do desenvolvimento científico de outras áreas do conhecimento que contribuíram com o progresso na terapêutica do câncer da mama. Veronesi et al.⁵ e Veronesi⁶, em 1981, publicaram seu trabalho de pesquisa sobre cirurgia conservadora da mama associada à radioterapia, com resultados em termos de curabilidade comparáveis à mastectomia de Halsted². Essa nova abordagem cirúrgica, com menor mutilação, foi, a partir de então, gradativamente adotada.

Simultaneamente, a cirurgia plástica desenvolveu significativos avanços no campo da reconstrução mamária. Nos anos 1960, foi apresentado o implante mamário de silicone gel, iniciando-se seu emprego nas cirurgias mamárias⁷. Em 1977, Schneider et al.⁷ divulgam um admirável resultado de reconstrução mamária associando o retalho miocutâneo do músculo grande dorsal ao implante de silicone, alcançando repercussão mundial⁸. A reconstrução mamária ganha então grande destaque a partir do final dos anos 1970, pelo desenvolvimento de novos tipos de retalhos capazes de reconstruir a mama⁹. A cirurgia plástica, no fim da segunda metade do século XX, associou-se à mastologia nessa nova, moderna e complexa terapêutica multidisciplinar do tratamento, colaborando na reabilitação psicossocial da mulher¹⁰. Nessas conquistas, verifica-se um interesse cada vez crescente das equipes de saúde na melhora da qualidade de vida (QV) dos pacientes submetidos a tratamentos oncológicos. De fato, essa é responsável pelo efeito multiplicador das informações, a respeito de todas as etapas do tratamento, desde o acolhimento da paciente até sua reabilitação e, hoje, se sabe que o grau de satisfação das pacientes submetidas à mastectomia e reconstrução está intimamente relacionado à quantidade e qualidade das informações recebidas no pré-operatório¹¹.

Segundo a *World Health Organization – Quality of Life Group*¹² (WHOQOL), a QV pode ser definida como uma percepção do indivíduo sobre a sua vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito abrangente,

afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente, visão essa compartilhada por Testa e Simonson¹³. Assim, a avaliação da QV das mulheres que procuram o recurso da reconstrução mamária deve incluir as motivações dessas mulheres, em relação à estética, sexualidade, amamentação e à própria imagem corporal. A isso se soma o forte impacto na autoestima da mulher¹⁴.

Para Minayo^{15,16}, essas questões devem ser estudadas dentro de diferentes contextos socioculturais e de época. A forma como se exercem os papéis de sujeito e dos objetos do conhecimento, relacionam-se com as representações que o indivíduo faz daquilo que procura conhecer. Tais representações baseiam-se em aspectos que vão, desde a subjetividade, até questões socioculturais. Elas podem direcionar comportamentos e atitudes relacionados a uma maneira própria de viver numa determinada sociedade e época.

Portanto, com base nesse raciocínio, o conhecimento dos sentidos atribuídos pelos sujeitos à reconstrução mamária hoje é tão importante quanto os conhecimentos e tecnologias atuais desenvolvidas para o tratamento do câncer de mama, uma vez que permitem dimensionar o abismo que existe entre o que de fato é feito e o que poderia ser feito. Segundo Bowling¹⁷, muitos instrumentos que afirmam avaliar a QV entre pacientes de câncer são fracos e inadequados, devendo incluir: o bem-estar físico (sintomas, atividade física, trabalho, recreação e atividades de autocuidado, entre outras); o bem-estar psicológico (imagem corporal, autoestima, angústia emocional, raiva e depressão) e o bem-estar social (isolamento, suporte social da família e dos amigos, relações interpessoais e sexuais).

A partir dessas considerações, entende-se que no âmbito do tratamento do câncer de mama e a reconstrução, não basta que sejam levados apenas, aspectos técnicos e cirúrgicos. Faz-se necessário investigar aspectos relacionados à QV das mulheres que se submeteram ou que pensam em se submeter a tal procedimento.

Objetivos

Os objetivos do presente estudo foram identificar as informações de mulheres que vivenciaram a prática da mastectomia radical ou sua perspectiva, no intuito de subsidiar a compreensão da forma como elas percebem o procedimento da reconstrução mamária.

Métodos

O trabalho teve como fontes de recrutamento 20 mulheres, de serviço público federal, provenientes do ambulatório do Setor de Cirurgia Plástica do Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, que voluntariamente se dispuseram a participar da pesquisa.

O desenho metodológico constituiu-se em um estudo exploratório, de natureza qualitativa, com coleta de dados realizada através de 20 entrevistas semiestruturadas, em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico ablativo para câncer mamário, divididas em dois grupos: 10 submetidas à reconstrução mamária e 10 sem reconstrução no momento da pesquisa, mas em vias de realizá-la.

As idades das mulheres entrevistadas variaram entre 40 e 74 anos. Quanto ao grau de instrução, 50% delas tinham cursado até o 1º grau completo e 10% eram analfabetas. Vinte por cento das mulheres não exerciam atividades fora do lar, a maior parte delas (80%) estava inserida no mercado de trabalho. A renda familiar variou de 1 a 12 salários-mínimos, sendo que 11 delas (55%) recebiam até 2 salários-mínimos. Houve predomínio de mulheres casadas. Em relação a sua procedência, a maioria era do Rio de Janeiro e apenas 15% provinham de outros municípios ou estados.

A pesquisa abrangeu quatro eixos de análise nos dois grupos instituídos. O primeiro eixo foi conhecer as informações que as mulheres tinham a respeito da reconstrução mamária, antes e após o diagnóstico. O segundo eixo explorou os sentimentos das mulheres em relação à reconstrução. O terceiro eixo consistiu em conhecer quais os motivos das mulheres que se submeteram à reconstrução mamária e o quarto eixo, buscou conhecer quais os sentidos atribuídos nos dois grupos a respeito da reconstrução mamária (Quadro 1).

Quadro 1. Relação de resultados segundo os quatro eixos de análise considerados

Informação:
a) Falta de informações nos dois grupos sobre a reconstrução mamária;
b) Desconhecimento das possibilidades terapêuticas, principalmente da reconstrução imediata;
c) Informação não influenciou ou modificou o tipo de tratamento recomendado pelo médico.
Sentimentos:
a) Nos dois grupos os sentimentos são positivos em relação à cirurgia;
b) O principal motivo é que essa possibilita o tratamento da doença sem a perda da mama, na reconstrução imediata, ou de sua reconstrução tardia.
Adesão à reconstrução mamária:
a) O resgate da autoestima foi a razão predominante de adesão à reconstrução mamária;
b) É unânime a queixa da demora para realização do procedimento.
Sentido atribuído:
a) O grupo que não reconstruiu é marcado pela esperança de superação do problema da mutilação e do estigma;
b) O sentido atribuído é o 'retorno à vida', o da reintegração pessoal e social. A diferença identificada entre os grupos é relativa à 'experiência vivenciada'.

Resultados

O adoecimento por câncer, nos dois grupos investigados, mostrou-se carregado de preocupação, não só pelo próprio significado do adoecer em consequência de uma doença considerada socialmente um tabu, como também pela perspectiva da real mutilação física decorrente da cirurgia. A dor do câncer de mama ultrapassa a questão biológica e centraliza-se muitas vezes no estigma físico e social a ser enfrentado¹⁸.

A consideração de dois grupos de estudo, com e sem reconstrução no momento da entrevista, possibilitou aquilatar o significado da mesma, relacionado ao modo de como as mulheres encaram o tratamento cirúrgico ablativo. No grupo em que a reconstrução mamária foi realizada, a carga emocional que envolveu as mulheres foi intensa, mas o sentimento de superação e esperança esteve presente na totalidade dos casos estudados. A adesão ao tratamento da reconstrução fundamentou-se na perspectiva de superação do problema e na consciência de trabalhar o resgate da autoestima. O principal sentido atribuído foi o da reintegração ao meio social e pessoal, ou seja: 'o retorno à vida'.

No grupo que não realizou ainda a reconstrução, a carga emocional foi igualmente intensa e, de modo geral, as mulheres assumiram uma posição mais passiva e de pouca proatividade. Na sua percepção, os médicos, a quem atribuíram a responsabilidade pelas decisões, poderiam "ter feito melhor as coisas" ou "mais rápido o tratamento", para dispor de suas mamas esteticamente. O sentido atribuído à reconstrução, de modo similar, foi o da reabilitação ante o meio social e à vida. Evidencia-se também uma forma de 'compensação e resgate' pelas privações e estigmas decorrentes do defeito adquirido durante o tratamento cirúrgico, tais como a impossibilidade de usar decotes ou vergonha de expor localmente a região injuriada.

Nas narrativas das pacientes integralmente reabilitadas, frequentemente registrou-se o sentimento de valorização do corpo, de sentir-se bem e do otimismo, em oposição ao grupo sem reconstrução, no qual se identificou presente o medo ante a complementação do tratamento e a insatisfação pela demora na reconstrução. Comprovou-se uma diferença notória entre ambos os grupos, relativa à experiência vivenciada com a reconstrução mamária ou com a expectativa de sua realização, mas o sentido foi o mesmo nos dois grupos: a possibilidade de 'reconstrução de suas vidas'. A reconstrução plástica da mama certamente tem impacto positivo na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres¹⁹.

A respeito dos sentimentos e motivos que levaram as mulheres a buscarem a reconstrução mamária, observa-se que as narrativas das que a realizaram apresentam um sentimento de otimismo, relatando se sentirem bem. No grupo sem reconstrução, identifica-se a presença marcante do medo em relação ao desfecho do tratamento. Há muita tristeza e insatisfação pela demora na realização da reconstrução, embora todas as

mulheres a desejem e considerem necessária. O principal motivo é o anseio de voltar a se sentirem inteiras, identificado de forma impactante nos sucessivos relatos.

Em relação às razões dadas pelas mulheres para se submeterem à reconstrução da mama, em ambos os grupos, recolheu-se uma grande expectativa. O resgate da autoimagem e da autoestima é, sem dúvida, a razão, predominante de adesão à reconstrução.

Em relação às informações que as mulheres dispunham sobre o tratamento e, especialmente, a reconstrução, verificou-se insuficiência das mesmas nos dois grupos pareados. O que marcou os depoimentos foi o desconhecimento das possibilidades terapêuticas, principalmente da reconstrução imediata. O desconhecimento prévio não influenciou ou modificou o tipo de tratamento cirúrgico instituído, sendo acatada a indicação médica. Esse dado ressalta a importância da veiculação de informações referentes não apenas ao tratamento que será realizado, mas também em relação ao diagnóstico realizado, por meio da equipe de saúde. Somente uma (5%), das 20 mulheres entrevistadas, sabia da possibilidade de reconstrução mamária imediata e, apenas 5 (25%), sobre a reconstrução tardia. O desconhecimento, associado ao medo e ao preconceito, podem afastar a mulher da procura de um diagnóstico e tratamento precoces, com melhores possibilidades de cura. Fica evidente, na fala delas, que se tivessem oportunidade fariam a reconstrução imediatamente, e nenhuma prescindiria desse benefício²⁰.

Conclusões

Os dados apresentados resgatam a importância da reconstrução mamária como parte integral do tratamento oncológico completo. Os avanços tecnológicos associados ao câncer devem contemplar as necessidades em termo de qualidade de vida denunciadas pelas mulheres, sempre dentro de um contexto histórico e cultural determinado. Em particular, a prática da reconstrução mamária, dentre outros aspectos representativos, deve considerar necessariamente a motivação da mulher. O procedimento não passa apenas por aumento na disponibilidade de profissionais capacitados que o realizem, exige a sensibilização e treinamento das equipes de saúde para oferecer informações adequadas às pacientes candidatas sobre os benefícios e eventuais riscos, assim como o compromisso dos gestores públicos, na organização dos serviços sanitários orientados à mulher, oferecendo a reconstrução mamária como parte importante do tratamento, o que redundará em melhor qualidade de vida e bem-estar social.

Referências

1. Dias NE, Caleffi M, Silva HMS, Figueira AF. Mastologia atual. Rio de Janeiro: Editora Revinter; 1994.
2. Halsted WS. Results of operation for cure of cancer of breast performed at John Hopkins Hospital from June 1889 to January 1894. *Am Surg*. 1894;20:497.
3. Sontag SA. La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas. Madrid: Taurus; 1996.
4. Tavares JSC, Bomfim LA. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):426-35.
5. Veronesi U, Saccozzi R, Del Vecchio M, Banfi A, Clemente C, De Lena M, et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. *N Engl J Med*. 1981;305(1):6-11.
6. Veronesi U. Mastologia oncológica. Rio de Janeiro: Medsi; 1999.
7. Schneider WJ, Hill HL, Brown RG. Latissimus dorsi myocutaneous flap for breast reconstruction. *Br J Surg*. 1977;30(4):277-81.
8. Maxwell PG. Ignio Tansini and the origin of the latissimus dorsi musculocutaneous flap. *Plast Reconstr Surg*. 1980;65(5):686-92.
9. Mather SJ, Nahai F. Reconstructive surgery: principles, anatomy and technique. New York: Churchill Livingstone; 1997.
10. Converse JM. Reconstructive plastic surgery. 2nd ed. Philadelphia: Press of W. B. Saunders Company; 1977. v. 7.
11. Van Wersch AM, Wiggers T, Wai RT, Van Gee AN. Motivation, satisfaction, and information of immediate breast reconstruction following mastectomy. *Patient Educ Couns*. 2000;40(3):201-8.
12. The WHOQOL Group 1995. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995;41(10):1403-9.
13. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*. 1996;334(13):835-40.
14. Gomes R, Skaba MMVF, Vieira RJS. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Cad Saúde Pública*. 2002;18(1):197-204.
15. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, ABRASCO; 2006.
16. Minayo MCS (org.). Pesquisa social. Petrópolis: Editora Vozes; 2002.
17. Bowling A. Measuring social networks and social support. In: *Measuring health: a review of quality of life measurements scales*. 2nd ed. Philadelphia: Open University Press; 1997. p. 91-109.
18. Fisher S. Body image. In: *International encyclopedia of social sciences*. New York: Editora D.Sills, Free Press/Macmillan; 1968. p. 113-6.
19. Cantinelli FS, Camacho RS, Smaletz O, Gonsales BK, Braguittoni E, Rennó Jr J. A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino. *Rev Psiquiatr Clín*. 2006;33(3):124-33.
20. Souza AMF. Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz; 2007.