

Vivências sobre o adoecimento benigno da mama: relatos de mulheres

Experiences on benign breast disease: reports of women

Experiencias sobre la enfermedad mamaria benigna: historias de mujeres

*Rhenata Souza Nunes**
*Renata Fabiana Pegoraro***

Resumo

As doenças benignas da mama como o fibroadenoma e o cisto são problemas de saúde frequentes entre as mulheres na área ginecológica. Essas doenças não implicam por si só em risco de câncer, mas a carga simbólica atribuída ao seio implica na necessidade de ouvir essas mulheres para entender de que forma vivenciam o tratamento cirúrgico das mesmas. O objetivo deste trabalho foi investigar o apoio social e a relação com o corpo em mulheres que estavam em acompanhamento pós-cirúrgico de adoecimento benigno da mama na Maternidade Nossa Senhora de Lourdes, Goiânia. Foram entrevistadas seis mulheres com idade média de 43 anos por meio de um roteiro semi-estruturado. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, o que permitiu identificar as categorias: (a) o medo do diagnóstico, da cirurgia e do novo procedimento cirúrgico; (b) o apoio emocional e prático; e (c) a imagem corporal no pós-cirúrgico imediato e tardio. Conclui-se que o medo do câncer e a falta de suporte social adequado causaram intenso sofrimento psíquico nessas pacientes.

Palavras-chave: *Mama; doenças benignas; medo; apoio social; imagem corporal.*

* Psicóloga formada pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás. E-mail: rhenatasouza@gmail.com

** Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Doutora em Psicologia pela USP, Mestre em Psicologia pela USP, Especialista em Saúde Coletiva pela UFSCar, Psicóloga pela USP - Ribeirão. E-mail: rfpegoraro@yahoo.com.br.

Abstract

Benign breast diseases such as fibroadenomas and cysts are common health problems among women in the gynecological area. These diseases are not a cancer threat, but the symbolic meaning attributed to the breast implies the need to listen to these women to understand how they experience surgical treatment. This study aims to investigate social support and how women relate to their bodies during post-surgical monitoring of benign breast disease at the Nossa Senhora de Lourdes Maternity in Goiania. Six women with an average age of 43 were interviewed using a semi-structured script. The data was subjected to content analysis that identified the categories: (a) fear of diagnosis, surgery and new surgical procedure; (b) emotional and practical support; and (c) body image in the immediate and late post surgical period. We conclude that the fear of cancer and the lack of adequate social support caused severe psychological distress in these patients.

Keywords: *Mama; benign diseases; fear; social support; body image.*

Resumen

Las enfermedades mamarias benignas, como los fibroadenomas y quistes, son problemas de salud frecuentes entre las mujeres en el área ginecológica. Estas enfermedades no implican en sí un riesgo de cáncer, sin embargo, el significado simbólico atribuido a las mamas implica la necesidad de escuchar a estas mujeres y entender cómo ellas experimentan el tratamiento quirúrgico. El objetivo de este estudio fue investigar el apoyo social y su relación con el cuerpo, en mujeres que se encontraban en acompañamiento postoperatorio de la enfermedad mamaria benigna en la Maternidad Nuestra Señora de Lourdes, Goiânia. Fueron entrevistadas seis mujeres con un promedio de 43 años de edad, a través de una entrevista semiestructurada. Los datos obtenidos fueron sometidos a análisis de contenido, permitiendo identificar las siguientes categorías: (a) el miedo del diagnóstico, de la cirugía y nuevos procedimientos quirúrgicos; (B) el apoyo emocional y práctico; y (c) la imagen corporal en el postoperatorio inmediato y tardío. Se llegó a la conclusión de que el miedo al cáncer y la falta de apoyo social adecuado causaron malestar psicológico intenso en estas pacientes.

Palabras-clave: *Mama; enfermedades benignas; miedo; apoyo social; imagen corporal.*

INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a percepção de mulheres sobre as doenças benignas da mama. As doenças benignas compõem a grande maioria das queixas mamárias do dia-a-dia do ginecologista, e são responsáveis por até 80% das massas palpáveis (Nazário, Rego & Oliveira, 2007). Um estudo realizado por Dupont e Page em 1985 e confirmado por pesquisas mais recentes (Gobbi, 2005) sobre a evolução clínica das pacientes com lesões mamárias benignas demonstrou que a maior parte das mulheres que se submetem à biópsia de mama por doença benigna não está em maior risco de câncer. O aumento clinicamente significativo no risco está relacionado à hiperplasia ou crescimento atípico e uma história familiar de câncer de mama.

Os adoecimentos benignos da mama mais frequentes são os fibroadenomas e os cistos. O fibroadenoma é o nódulo sólido benigno mais comum em mulheres com menos de 35 anos, tem crescimento lento e é estrógeno dependente. É comum na gravidez e em alterações lactacionais. Já os cistos são tumores de conteúdo líquido, facilmente palpáveis, de consistência amolecida e podem atingir grandes volumes. Existem ainda os processos inflamatórios e infecciosos da mama, como o eczema, o abscesso mamário não-puerperal e a mastite puerperal. Com frequência mais rara, a literatura cita os tumores filóides e os papilomas como afecções benignas da mama (Nazário et al., 2007; Ribeiro, Maeda & Ribeiro, 2005).

Apesar da malignidade da doença não estar diretamente relacionada com o aparecimento de nódulo na mama, o número de mortes por câncer de mama é alarmante e o medo do diagnóstico não deve impedir a mamografia anual a partir dos 40 anos, forma mais eficaz de diagnóstico precoce, que aumenta a chance de cura (Sociedade Brasileira de Mastologia, 2011).

No Brasil, a maior causa de mortalidade feminina por neoplasias é o câncer de mama, seguido pelo câncer de colo de útero. Já no Centro-Oeste, o maior percentual foi para os órgãos digestivos (18%) e colo de útero (17%), e o câncer de mama teve um percentual de mortalidade em 13% das mulheres frente aos 23% da média nacional. No município de Goiânia, local onde o

presente estudo foi realizado, a predominância do diagnóstico de câncer de mama em estadios iniciais é maior em detrimento dos casos avançados (Martins et al, 2009).

Pesquisas sobre o câncer de mama (Patrão & Leal, 2004; Tavares & Trad, 2005) apontam que a pessoa com uma maior probabilidade para desenvolver o câncer apresentaria uma personalidade do tipo C, marcada pela passividade, controle da expressão de emoções negativas (ira, ansiedade, depressão) no relacionamento com os outros e que, perante situações de conflito, apresentam um estilo cooperativo/submisso, regularidade dos hábitos, baixa agressividade ou negação da hostilidade. Todas as características citadas são típicas do que se espera dos papéis femininos na sociedade, que são aprendidos e ensinados ao longo das gerações (Beauvoir, 1970).

Os sentidos atribuídos à mama encontram-se atrelados a um desenvolvimento histórico e cultural a respeito das representações sobre o corpo feminino. Por esta perspectiva, o sentido atribuído pela mulher à mama que carrega uma doença, seja benigna ou não, deve ser compreendido como um produto das relações entre significados socialmente construídos (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

Os estudos sobre gênero fazem uma reflexão sobre formas de circular na sociedade e de se relacionar com o próprio corpo e com o outro. O termo “gênero” remete a uma não fixidez nem universalidade das relações entre homens e mulheres, à ideia de que as relações sócio-simbólicas são construídas e transformadas (Machado, 2000). Dessa forma, para entender o adoecer da mama é preciso debruçar-se também sobre os significados e possibilidades históricas do corpo feminino.

Com o adoecer da mama e a intervenção cirúrgica, toda a carga simbólica da construção histórica do feminino vem à tona sob suas diferentes perspectivas. Por um lado desponta na mulher a culpa pela doença, a sensação de que a mereceu. Por outro lado, a representação de sexualidade e maternidade que o seio traz se torna objeto da Medicina e a mama pode até mesmo vir a ser dispensável em função da cura da doença (Aureliano, 2009; Sontag, 1984).

Um estudo realizado por Salci e Marcon (2008) enfatiza que as mulheres com doenças da mama podem apresentar dificuldades para sair

do papel de cuidadoras para a posição de quem recebe cuidados. Mesmo debilitadas fisicamente, as participantes do estudo não abandonaram seu papel de cuidadoras ao se preocuparam com o estado emocional de seus familiares. Aciolli (2004) ressalta que o cuidado nas famílias é realizado mais especificamente pelas mães, que zelam para que a família não adoça e cuidam durante o processo de adoecimento, porém perdem o direito de ficarem doentes, pois quem cuida não poderia adoecer, gerando uma rede de apoio social deficitária para a mulher.

Gianini (2004) destaca que o apoio social recebido pela mulher é *determinado* em parte pela sua trajetória, incluindo saúde, crenças existenciais e recursos materiais. Patrão e Leal (2004) observaram que a presença do companheiro, amigos, família e profissionais no decorrer da doença são suportes vistos pelas mulheres como uma necessidade. Deste modo, o suporte social é um fator atenuante das condições agressivas do adoecimento da mama.

A compreensão de toda essa teia de significados pode sinalizar para uma promoção em saúde que invista na desconstrução desses estigmas, passando pela busca de possibilidades de se lidar com a doença como algo passível de controle (Gomes et al., 2002).

Durante a realização de um estágio supervisionado de Psicologia em um hospital da mulher foi possível perceber a importância da escuta às pacientes em ambulatório de ginecologia. A maior parte dos atendimentos era realizado com pacientes cujo diagnóstico indicava doenças benignas da mama, que chegavam para o processo de cirurgia fragilizadas pela vida, não apenas pelo adoecimento. Com o suporte adequado por parte da equipe de saúde, emerge a possibilidade de ressignificar o adoecimento, as formas de enfrentar as adversidades e a imagem corporal. Isto permitiu que as mulheres saíssem de um lugar passivo para um empoderamento ativo no mundo. Essa vivência durante o estágio incluiu a possibilidade de refletir sobre a integralidade nos cuidados à saúde e o papel da equipe para a efetividade do mesmo.

Em um levantamento feito a partir das publicações veiculadas no portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e no *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, com os descritores apoio, suporte e mama,

em setembro de 2013, foram encontrados no total trinta e cinco artigos. Os estudos encontrados nessa revisão estão centrados sobre o câncer de mama em estádios avançados, deixando uma lacuna com relação à investigação da situação de mulheres submetidas a tratamento em função de doenças benignas da mama. Inferimos, então, que se trata de um público invisibilizado, apesar da possibilidade de sérias consequências psicológicas deixadas por esse processo. Portanto, o presente estudo elegeu como público para o estudo as pacientes acometidas pelo adoecimento benigno da mama, que são maioria nos atendimentos no hospital da mulher onde o estágio se desenvolveu, porém pouco citadas pela literatura consultada.

Considerando todos esses aspectos inseridos no campo teórico da saúde da mulher, o presente trabalho teve por objetivo geral investigar a percepção de mulheres em tratamento em um hospital público sobre o adoecimento benigno da mama, e como objetivos específicos: (a) analisar as relações da mulher com seu corpo após a cirurgia, levando em conta as representações simbólicas e sociais da mama e (b) identificar a existência de suporte social no acompanhamento pós-cirúrgico.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo seis mulheres que estavam em acompanhamento pós-cirúrgico de adoecimento benigno da mama no setor de mastologia da Maternidade Nossa Senhora de Lourdes (MNSL) da cidade de Goiânia. Os critérios de inclusão utilizados foram: ser mulher, idade igual ou superior a 18 anos à data da entrevista, diagnóstico de doença mamária benigna, que tivesse sido submetida a procedimento cirúrgico na MNSL há pelo menos 15 dias e estivesse em acompanhamento ambulatorial na instituição, com disponibilidade para fornecer entrevista longa, gravada, mediante sigilo de identificação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foi utilizado o critério de “amostragem por saturação” conforme proposto por Fontanella, Ricas e Turato (2008) para delimitar o número

de entrevistadas. As participantes foram convidadas por meio de *rapport* realizado pela pesquisadora na data de retorno das pacientes com o médico mastologista e também por telefone.

Local do estudo

A MNSL atende 100% pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Estava equipada, à época da coleta, com 33 leitos, cinco salas de cirurgia, um berçário, três consultórios ambulatoriais, dois consultórios para triagem, duas salas de ultrassom, uma sala de radiologia e uma sala de vacina. Eram atendidas todas as patologias dentro das especialidades de mastologia, ginecologia, obstetrícia e puericultura.

Em média receberam atendimento médico no ambulatório cerca de 70 pacientes/mês (entre pacientes novas e retornos). O tempo médio entre a primeira consulta e a cirurgia foi de um mês e cerca de 90% das pacientes atendidas foram encaminhadas para cirurgia. Entre os meses de outubro/2012 a fevereiro/2013 cerca de 80% das pacientes atendidas receberam diagnóstico de adoecimentos benignos da mama.

Tipo do estudo

O presente estudo, de natureza descritiva, foi desenvolvido a partir da perspectiva qualitativa. O referencial teórico adotado para análise dos dados teve como base os estudos da área de Psicologia da Saúde e sobre Gênero.

Instrumento

Para atingir aos objetivos mencionados, foi elaborado um roteiro de entrevista semi-estruturado a fim de investigar: (a) os dados sociodemográficos, (b) informações sobre a percepção da doença, (c) existência de apoio social e (d) a relação com o corpo durante o acompanhamento pós-cirúrgico. O roteiro foi elaborado a partir dos estudos de Gianini (2004) e Souza (2010), respectivamente, sobre formas de enfrentar a doença e imagem corporal.

Materiais

Foram utilizados papéis A4, caneta, lápis, borracha, gravador de áudio/mp3, computador e impressora.

Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC Goiás (COEP – PUC Goiás) pelo protocolo n. 362.649 em 16/08/2013. Todas as entrevistadas receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma entregue à participante e a outra permanecendo com a pesquisadora. O termo foi redigido de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, e garantiu o sigilo com relação à identidade das entrevistadas, para tal adotando os seguintes nomes fictícios para denominar as entrevistadas: Luciana, Ilma, Norma, Sueli, Meire e Iara. As entrevistas foram gravadas em áudio na própria maternidade, em sala reservada para tal, garantindo o sigilo das informações. Após transcrição do material e sua análise, as gravações foram apagadas.

Procedimento de Análise de Dados

Após a transcrição literal das entrevistas, foram adotados os passos sugeridos por Alves e Silva (1992) para análise: (a) leitura exaustiva e repetida das entrevistas; (b) identificação dos temas em cada entrevista e depois no conjunto para a formação das categorias; (c) sistematização das categorias através da movimentação dos dados e da literatura, até a formação de um quadro possível de análise e por fim, (d) a redação final da análise dos dados, vinculando com a realidade para que os dados obtidos na pesquisa possam contribuir com as reflexões da prática profissional.

RESULTADOS

Caracterização das entrevistadas

As entrevistadas tinham idade entre 18 e 50 anos (com média de 43 anos), de um a três filhos, metade delas em relacionamento estável. O nível de escolaridade variou do Ensino Fundamental Incompleto até Ensino Superior Incompleto. Cinco entrevistadas declararam ocupação que gerava renda e contribuía significativamente para o sustento da casa e residiam em casa própria. Quanto à religião, duas declararam não possuir, duas eram evangélicas, uma católica e uma umbandista.

A descoberta do nódulo

Cinco mulheres sentiram o nódulo em casa através do auto-exame e procuraram uma Unidade Básica de Saúde (UBS), sendo encaminhadas para a Maternidade Nossa Senhora de Lourdes para avaliação e realização de cirurgia. Cinco entrevistadas tiveram recidiva do nódulo após a primeira cirurgia e três foram submetidas novamente ao procedimento cirúrgico. A média de tempo entre a última cirurgia e a entrevista foi de 11 meses, ou seja, todas foram entrevistadas no pós-cirúrgico tardio.

Eventos estressoresantes do cirurgia

Cinco mulheres declararam algum tipo de evento estressor que antecedeu a cirurgia, fragilizando-as e sendo demanda nos atendimentos psicológicos no pré e pós-cirúrgico. Como eventos estressores, pode-se citar a viagem do marido na época da cirurgia, morte de parentes próximos (avó e prima) com câncer de mama pouco antes da cirurgia da entrevistada, e o falecimento da mãe poucos meses antes da cirurgia.

O Medo

Todas as entrevistadas relataram medo do diagnóstico no acompanhamento pré-cirúrgico, inclusive medo de pronunciar a palavra câncer, conforme se observa na fala de Luciana: “Bom, eu já tinha sentido um caroço no meu seio e fiquei com medo de ir no médico para ver... inclusive [medo] de notícia ruim, né?[...] de ser uma coisa mais grave. Até no último momento você fica completamente com medo.”

Três pacientes relataram medo do procedimento cirúrgico no que se refere principalmente à anestesia e também à aparência do hospital, como ilustrado por Iara: “Eu morro de medo de hospital [...], do centro cirúrgico. Eu morria de medo da anestesia, principalmente que eu tomei anestesia geral”.

Cinco pacientes tiveram recidiva do nódulo, três delas foram submetidas a um novo procedimento cirúrgico para retirada e as outras estavam em acompanhamento. Todas relataram medo frente ao novo procedimento cirúrgico logo após a realização da primeira cirurgia, o que pode ser relacionado também com o medo do diagnóstico de câncer que as acompanha, como foi observado na fala de Ilma: “Depois que eu saí, aí eu fiquei pensando que eu nunca imaginava que eu tinha que repetir depois [a cirurgia]”.

Tipo de Apoio Recebido

Nesta categoria foram agrupadas falas referentes às várias figuras que serviram como fontes de apoio e as insatisfações e dificuldades para obter esse apoio emocional, ou seja, aquele que dá suporte psíquico para a dor.

Sobre o apoio prático no período pós-cirúrgico, em primeiro lugar as entrevistadas citaram a ajuda das mães, das irmãs e em seguida de filhas, tias e amigas, como pode ser exemplificado pela fala de Norma, com relação à sua primeira cirurgia: “Minha irmã que eu estou falando, eu fiquei na casa dela [...] e ela já tinha oito filhos [...]. Eu só trouxe um [filho], dois ficou lá [em outro estado que a paciente residia] com minha mãe.”

Os familiares do sexo masculino, como os maridos, filhos e irmãos foram citados principalmente como apoio prático insatisfatório, como se

pode observar na fala de Meire com relação às suas irmãs e seu irmão: “Nós somos cinco mulheres e um rapaz, só que com ele a gente não conta muito, é sempre a gente que está ajudando ele [...]”

Os maridos aparecem como uma importante fonte de apoio emocional em detrimento de apoio prático. O olhar cuidadoso do marido se mostrou mais importante que o cuidado prático em si, ou seja, se ofereceram apoio emocional, mas não ofereceram o prático, mesmo assim os maridos foram elogiados, como pode ser observado na fala de Ilma: “Quando marcou [a cirurgia] eu fiquei tranqüila, daí eu fui pra casa e meu marido viajou [...] aí eu fiquei meu Deus e agora [...] aí ele chegou e eu fiquei mais animada porque ele é muito companheiro”.

Porém se existiu alguma ajuda prática, mas pouco suporte emocional, o apoio foi considerado insatisfatório, como foi o caso de Luciana: “[...] ele me ajuda assim [apoio prático] quando eu preciso, quando tenho que fazer uma cirurgia [...] me leva em consulta [de carro], mas acho que faltou um pouquinho de carinho do esposo.” Pode-se entender que as mulheres contam ao menos com o apoio emocional e quando esse não é disponibilizado da forma adequada ou por elas esperada, com demonstração de preocupação ou afeto, ocorre um sentimento de desamparo.

No apoio emocional, as mães e irmãs também aparecem como principais fontes de ajuda. Além disso, a possibilidade de partilhar o sofrimento com mulheres nos mais diversos locais ou segmentos também serviu de alívio para a angústia, como cita Sueli: “[...] eu tive uma reunião com as mulheres da catira, são todas mulheres de idade, muitas contando histórias de vida delas, que já passaram muita tristeza, perderam muitos filhos [...] tem gente pior.”

As amigas aparecem tanto como apoio satisfatório como insatisfatório. No caso de Meire o apoio foi o esperado: “Tive [apoio emocional de todos, inclusive dos colegas de serviço, de todo mundo [...] em termos assim de uma palavra, qualquer palavra que eles possam te oferecer é uma ajuda.” Já o apoio insatisfatório foi apontado na fala de Sueli: “[...] nesse momento de doença você é uma pessoa muito só, você tem um punhado de amigos, você é uma pessoa conhecida, mas quando você adoecer [...]”.

O serviço de mastologia e o setor de psicologia da instituição também foram lembrados como fonte de apoio. A fala de Iara ilustra o apoio da equipe: “[...]todo mundo que eu conheci aqui no hospital, eu só tenho a agradecer todo mundo. A [psicóloga] mesmo, quando eu vim aqui na semana da cirurgia eu vim ter uma consulta com ela, eu chorava, pensa numa pessoa que chorava era eu e foi ela que me tranqüilizou.”

Quando questionadas se a religiosidade serviu de apoio, quatro pacientes citaram a fé em Deus e não a religião em si como fonte de ajuda emocional, como pode ser exemplificado pela fala de Meire: “[...] eu creio muito em Deus e eu pedia muito a Ele pra me ajudar na cirurgia.”

Cuidados no pós-cirúrgico: cuidar do outro e não de si

Nem todas as mulheres guardaram repouso após a cirurgia. Isso ocorreu em função de uma obrigação moral: continuar o cuidado com o outro (marido, filhos e emprego), mesmo em casos em que, na prática, essa atividade não seria tão necessária. A situação acima descrita do cuidado com o outro num momento em que a própria mulher encontra-se fragilizada por um diagnóstico, por procedimento cirúrgico, pela dor e pelo medo coloca em primeiro plano a mulher como alguém que provê cuidados ao outro, como se isso excluísse a possibilidade de ser alvo desse mesmo cuidado.

Auto-imagem no pós-cirúrgico

A auto-imagem das mulheres entrevistadas mostrou-se diferente no pós-cirúrgico imediato, período considerado até poucas semanas após a cirurgia e no pós-cirúrgico tardio, meses ou anos após a intervenção, época em que a entrevista foi realizada.

Três entrevistadas demonstraram receio pelo formato da mama devido às fantasias criadas em torno das conseqüências visuais do pós-cirúrgico imediato, como o processo de cicatrização e os curativos. Iara teve sérias dificuldades no pré-cirúrgico devido ao medo da anestesia, e no pós-cirúrgico imediato sentiu receio em encarar a nova aparência do

seio: “Eu achava que ia ficar feio, que não estava cicatrizando. Toda vez que minha mãe ia trocar o curativo eu achava que estava sangrando muito. Ela falava que não, mas para mim estava sangrando”.

Já no período em que o formato da mama ficou estabelecido todas as pacientes demonstraram satisfação com o resultado da cirurgia, e três ressaltaram que a cicatriz ficou imperceptível, como Meire: “Foi tranquilo, inclusive eu não tenho nem cicatriz, foi muito pequena.” Além disso, algumas pacientes relataram melhora na aparência após o tratamento, conforme se observa na fala de Iara: “Ah, é outra coisa, nossa é muito bom [...] aumentou o volume, porque era muito pequenininha a minha mama [...]. Eu gostei, adorei [paciente se referindo à prótese que foi colocada depois da cirurgia].”

DISCUSSÃO

O medo que as mulheres entrevistadas disseram sentir frente à possibilidade de intervenção cirúrgica está de acordo com o que foi encontrado na literatura. O impacto emocional do achado de nódulo palpável na mama pode estar relacionado ao receio de uma possível malignidade. Pesquisas apontam que o medo do diagnóstico é uma das principais causas que podem levar a não periodicidade do exame mamográfico (Azevedo, Canella, Djahjah & Koch, 2012; Santos & Chubaci, 2011).

Nas pacientes entrevistadas neste estudo e também na literatura sobre câncer de mama, pronunciar a palavra câncer aparece relacionado a uma sensação penosa, temida e assustadora, pois a crença de que câncer e morte são sinônimos ainda é muito recorrente. Silva (2008) ressalta que, no imaginário da população, o câncer ainda é considerado um castigo para se alcançar a redenção, a libertação dos pecados através do sofrimento causado pela doença. No sentido de desmistificar a doença, ao profissional de saúde procurado pela mulher cabe não apenas encaminhá-la para um especialista, mas também tranquilizá-la já atuando na diminuição da ansiedade ao esclarecer que as doenças benignas não evoluem para câncer.

Hoje, estudos apontam para uma influência dos aspectos psicológicos, admitindo a inter-relação do sistema nervoso central com o funcionamento imunológico (psiconeuroimunologia), onde a paciente tem um papel muito importante na sua própria recuperação (Ribeiro, 2013).

De acordo com Sebastiani e Maia (2005), e nas entrevistas realizadas em nosso estudo, apesar do avanço tecnológico das cirurgias, a paciente nunca se sente totalmente segura. Cabe então ao profissional de psicologia atuar minimizando sua angústia, auxiliando na compreensão da situação vivenciada e proporcionando um clima de confiança entre paciente e equipe de saúde, facilitando a verbalização das fantasias advindas do processo cirúrgico.

Assim como as pacientes que fizeram cirurgia por câncer (Carvalho, 2007), as mulheres com adoecimento benigno da mama entrevistadas também continuaram com medo de um diagnóstico de câncer após a cirurgia. Uma forma de ajudá-las no processo de fortalecimento interno é incentivar outra postura perante suas famílias, como cuidar mais de si através de novas atividades produtivas e ampliação dos círculos sociais, para que encontrem novos sentidos e possibilidades na vida.

As mulheres entrevistadas relataram desempenhar diversos papéis na família e na sociedade, como o papel de mãe, de esposa, de irmã e de trabalhadora. De acordo com Posatti e Dias (2002), para teorias de acumulação de papéis, as pessoas não acumulam apenas obrigações, mas também passam a desfrutar de privilégios. No caso das mulheres, as obrigações são de ordem prática e moral, como zelar pela família, pela casa e pelo seu corpo, o que causa fadiga e prejuízo ao seu bem-estar psicológico. Já os privilégios se referem ao status alcançado quando elas correspondem à demanda social exigida, sendo vistas como boas mães ou boas esposas, porém, observando-se mais de perto, são privilégios superficiais, também transformados em obrigações que dispendiam muita energia para serem mantidos.

De acordo com Posatti e Dias (2002), pessoas que estejam envolvidas em uma multiplicidade de papéis sociais, freqüentemente são confrontadas com vários estressores. No caso das mulheres isso se explica pelo fato de se sentirem responsáveis pela saúde de todos e todas ao seu redor e o adoecimento ou morte de algum ente querido seria o fracasso no papel

previamente estabelecido. Tal como foi apontado nos resultados, a falta de repouso no pós-cirúrgico pode exemplificar essa necessidade da mulher pelo cuidado do outro.

Para Bordo (1997), o fato das mulheres acreditarem que nunca fizeram o suficiente, que poderiam ter se doado mais é uma forma de controle dos seus corpos, que são agentes da cultura inscrita e reforçada através de uma linguagem corporal. Dessa forma, o adoecer seria uma forma de expressão de todos os agentes estressores, que podem tanto desencadear como manter o adoecimento, sem que elas tenham plena consciência disso.

De acordo com Valla, Guimarães e Lacerda (2004), o apoio social pode ser entendido como os diversos recursos emocionais, não mais restritos ao modelo médico hegemônico, que os sujeitos recebem por meio de relações sociais, incluindo desde os relacionamentos mais íntimos até outras formas de atenção integral à saúde como grupos religiosos, trabalhos desenvolvidos por Organizações não-governamentais (ONGs), entre outros.

No caso das entrevistadas, o apoio se tornou sinônimo de cuidado. Segundo Acioli (2004) os homens têm *cuidado com*, que significa cuidar no campo das ideias, o que se aproxima do apoio emocional; já as mulheres cuidam de algo prático, partem para a ação. Numa sociedade que desvaloriza o cuidado feminino, as mulheres acabam carregando o fardo das tarefas tradicionalmente atribuídas ao gênero feminino.

A palavra “cuidado” tem sua raiz em *cogitare*, do latim. Descartes relacionou o *cogito*, a própria prova da existência, em sua proposição *ego cogito, ergo sum*. Heidegger colocou o cuidado no centro do ser-no-mundo (se *cogito* = cuidado), estabelecendo estreita ligação com os sentidos de *cogitare*: ocupação e preocupação (Xavier & Guimarães, 2004). Boff (2005) identifica o cuidado como essência do humano, um modo de ser que a pessoa sai de si para ir de encontro ao outro. O cuidado concretizaria a dimensão feminina do ser humano, homem e mulher, que sempre esteve presente na história, e ganhou mais expressão no período paleolítico, quando a cultura era matrifocal.

Por outro lado, de acordo com King (1997), as feministas radicais acreditam que a subordinação das mulheres na sociedade está na raiz (daí a palavra radical) da opressão humana e intimamente ligada à associação

das mulheres com a natureza. Então seria perigoso atribuir o cuidado a uma dimensão feminina como sua essência e não construção social, pois no final das contas, ele ficaria somente a cargo das mulheres.

Coincidindo com o que foi encontrado na literatura (Aciolli, 2004), o processo de cuidar nesse estudo também é realizado principalmente pelas mulheres. Os homens são ensinados que o cuidado naturalmente realizado pelas mulheres (King, 1997; Xavier & Guimarães, 2004), e na maioria das entrevistas foi relatado que eles agiram de forma omissa, esperando que outras mulheres cumprissem esse papel. Conforme foi discutido anteriormente (Patrão & Leal, 2004) a simples presença do companheiro, e de outras pessoas mais próximas são suportes vistos pelas mulheres como uma necessidade. Se o suporte social é adequado à sua necessidade, no geral, as mulheres evidenciam mais baixos níveis de stress, um melhor ajustamento psicológico.

Diferente do estudo realizado por Aciolli (2004), as mulheres entrevistadas ressaltaram a equipe de saúde e principalmente o serviço de psicologia como suporte para atravessar as consequências do adoecimento.

No presente estudo não foi encontrada a busca pela religião com fonte de apoio social, porém Valla et al. (2004) afirmam que a procura por religiões populares (igrejas evangélicas e pentecostais) podem sinalizar a formação de redes de apoio onde as pessoas carentes se defendem do sistema político excludente. Além disso, a fé forneceria a energia positiva que permitiria às fiéis enfrentarem de maneira pragmática seus impasses.

Conforme foi discutido anteriormente, as pacientes tiveram uma imagem corporal distinta no período pós-cirúrgico imediato e tardio. Sebastiani e Maia (2005), também subdividiram o período pós-operatório, pois cada um desses momentos têm experiências e expectativas próprias vivenciadas pela paciente. Segundo os autores, é no pós-cirúrgico imediato que a paciente irá, gradativamente, reencontrar-se com a vida e consigo mesma. Quanto maior o stress e tensão vividos pela pessoa, maiores as dificuldades em enfrentar, superar ou administrar os limites que a cirurgia lhe impôs.

De acordo com o que foi encontrado na literatura (Rebello, Rolim, Carqueja & Ferreira, 2007), as mulheres que realizaram cirurgias menos radicais, que foi o caso das entrevistadas, apresentaram um melhor

ajustamento a nível psicológico, e da imagem corporal, em comparação com as mastectomizadas. Mas nem sempre esta distinção se verifica, devido ao medo potencial da recorrência.

No discurso da paciente que relatou melhora devido o aumento do seio, percebe-se o ideal da feminilidade extravagante da moda, que transforma os corpos femininos em corpos dóceis, cujas forças e energias estão habituadas ao controle externo e ao aperfeiçoamento (Bordo, 1997).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se com o presente estudo que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos ao investigar o apoio social e a relação corporal no processo do adoecimento benigno da mama. Destaca-se que as mulheres entrevistadas passaram por um intenso processo de sofrimento psíquico, acarretado principalmente pelo medo do fantasma do câncer e a falta de suporte social adequado, o que também foi encontrado no levantamento bibliográfico sobre o câncer de mama. Já a imagem corporal no pós-cirúrgico tardio se mostra inalterada ou mais satisfatória, devido à cirurgia ser pouco invasiva, ao contrário das pacientes mastectomizadas.

Ressalta-se, portanto, a importância de mais pesquisas no campo da saúde da mulher, principalmente em áreas invisibilizadas, como o adoecimento benigno da mama, abordado no presente estudo. Com relação à aplicação prática do estudo, conclui-se que cabe ao profissional de psicologia levar em conta no tratamento todas as questões biopsicossociais que afetam a paciente, como ansiedade decorrente de crenças errôneas e medos, a falta de ferramentas para a construção de uma boa rede de apoio social e transversalmente, a imbricação das questões de gênero, que implicam em uma compreensão da paciente como um todo, contribuindo para a melhora física, psíquica e readaptação social.

REFERÊNCIAS

- Aciolli, S. (2004). Os sentidos de cuidado em práticas populares voltados para a saúde e a doença. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade* (pp. 187-204). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Alves, Z. M. M. B., & Silva, M. H. G. F. D. da (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia*, 2, 61-69.
- Aureliano, W. A. (2009). E Deus criou a mulher. *Revista Estudos Feministas*, 17(1), 49-70.
- Azevedo, A. C., Canella, E. O., Djahjah, M. C. R., & Koch, H. A. (2012). Conduta das funcionárias de um hospital na adesão ao programa de prevenção do câncer de mama. *Radiol Bras.*, 45(4), 215-218.
- Beauvoir, S. (1970). *O Segundo Sexo – 1 Fatos e Mitos*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro.
- Boff, L. (2005). O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Inclusão Social*, 1(1), 28-35.
- Bordo, S. R. (1997). O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In A. M. Jaguar & S. R. Bordo. *Gênero, Corpo e Conhecimento* (pp. 19-41). Rio de Janeiro: Record.
- Carvalho, R. H. S. B. F. (2007). *De peito aberto: câncer e gestão do cotidiano entre mulheres*. Tese de doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Gobbi, H. (2005). Anatomia patológica das lesões benignas e pré malignas da mama. In C. E. M. Lucena, G. A. Silva Júnior & A. A. Barra (Org.). *Propedêutica em Mastologia* (pp. 267-290). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F., & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócioantropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública*, 18(1), 197-204.

- Gianini, M. M. S. (2004). *Câncer e Gênero: enfrentamento da doença*. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo.
- King, Y. (1997). Curando as feridas: feminismo, ecologia e dualismo. In A. M. Jaguar & S. R. Bordo (Org.), *Gênero, Corpo e Conhecimento* (pp. 126–156). Rio de Janeiro: Record.
- Machado, L.Z. (2000). *Perspectivas em confronto: relações de gênero ou patriarcado contemporâneo?* Recuperado em 28 de abril de 2014, de http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MACHADO_GeneroPatriarcado2000.pdf
- Martins, E., Junior, R. R., Curado, M. P., Freitas, N. M. A., Oliveira, J.C., & Silva, C. M. B. (2009). Evolução temporal dos estádios do câncer de mama ao diagnóstico em um registro de base populacional no Brasil Central. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 31(5), 219-223.
- Nazário, A.C.P., Rego, M. F., & Oliveira, V.M. (2007). Nódulos benignos da mama: uma revisão dos diagnósticos diferenciais e conduta. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet*, 29(4), 211–219.
- Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5(1), 53-73
- Posatti, I. C., & Dias, M.R. (2002). Multiplicidade de papéis da mulher e seus efeitos para o Bem-Estar Psicológico. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 293–301.
- Rebelo, V., Rolim, L., Carqueja, E., & Ferreira, S. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8 (1), 13–32.
- Ribeiro, C. A., Maeda, S. A., & Ribeiro, A.G.A. (2005) Citologia mamária. In C. E. M. Lucena, G. A. Silva Júnior & A. A. Barra (Org.). *Propedêutica em Mastologia* (pp. 311-322). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Ribeiro, V. S. G. (2013). Pesar ou Pensar: Quando há escuta ao paciente oncológico. In S. M. C. Ismael & J. X. A. Santos (Org.). *Psicologia Hospitalar: sobre adoecimento... Articulando Conceitos com a Prática Clínica* (pp. 72–80). São Paulo: Atheneu.

- Salci, M. A., & Marcon, S.S. (2008). De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. *Texto Contexto Enf*, 17(3), 544-551.
- Santos, G. D., & Chubaci, R. Y. S. (2011). O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, 16(5), 2533-2540.
- Sebastiani, R. W. & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da Psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(supl. 1), 50-55.
- Silva, L. C. (2008). Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. Estud*, 13 (2), 231-237.
- Sociedade Brasileira de Mastologia (2011). *Como lidar com os temores sobre o câncer de mama*. Recuperado em 27 de abril de 2014, de <http://www.sbmastologia.com.br>
- Sontag, S. (1984). *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Souza, V. C. (2010). *Validade e fidedignidade da versão brasileira do questionário de Imagem Corporal após o Câncer de Mama* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia.
- Tavares, J. S. C., & Trad, L. A.B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. Saúde Pública*, 21(2), 426-435.
- Valla, V. V., Guimarães, M. B., & Lacerda, A. (2004). Religiosidade, Apoio Social e Cuidado Integral à Saúde: uma proposta de investigação voltada para as classes populares. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade* (pp. 103-118). Rio de Janeiro: Hucitec.
- Xavier, C., & Guimarães, K. (2004). Uma semiótica da Integralidade. O signo da integralidade e o papel da comunicação. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade* (pp. 133-156). Rio de Janeiro: Hucitec.