

## **CÂNCER DE MAMA E SOFRIMENTO PSICOLÓGICO: ASPECTOS RELACIONADOS AO FEMININO**

Lucia Cecilia da Silva\*

**RESUMO.** No Brasil e no mundo a incidência do câncer de mama vem aumentando e aparecendo cada vez mais cedo na vida da mulher. O tratamento envolve mastectomia, quimioterapia e radioterapia, que, pelos seus efeitos físicos, podem comprometer em variados graus a auto-estima, a imagem corporal e a identidade feminina daquelas que recebem o diagnóstico da doença. Além disso, em nossa sociedade o câncer adquiriu significados relacionados a culpa, punição, deterioração, dor e morte, agravando o sofrimento psicológico das doentes. Neste sentido, este artigo tem o objetivo de levantar alguns pontos de reflexão no que se relaciona aos significados culturais da doença e do significado do seio enquanto ícone da identidade feminina. Partimos do princípio de que enriquecer a compreensão dos aspectos que influenciam o sofrimento da mulher com câncer de mama contribui para que os profissionais de saúde, principalmente os de saúde mental, possam assisti-la de maneira mais eficiente e abrangente.

**Palavras-chave:** neoplasia mamária, identidade de gênero, cultura.

## **BREAST CANCER AND PSYCHOLOGICAL SUFFERING: FEMALE-RELATED ASPECTS**

**ABSTRACT.** The incidence of breast cancer in Brazil and all over the world has been rising and affected women at an earlier age. Treatment involves mastectomy, chemotherapy and radiotherapy whose side effects might compromise self-esteem, body image and feminine identity of the sick to various degrees. Moreover, in current society, cancer has acquired meanings associated with guilt, punishment, deterioration, pain and death, aggravating the patients' psychological suffering. Therefore, current essay reflects on the cultural meanings of the disease and on the breast as an icon of feminine identity. The basic assumption is that knowledge on the aspects influencing the suffering of breast-cancer-sick women is a great help for health professionals, particularly those who care for mental health, to assist their patients in a more effective and comprehensive way.

**Key words:** Mammary neoplasia, gender identity, culture.

## **EL CÁNCER DE MAMA Y EL SUFRIMIENTO PSICOLÓGICO: ASPECTOS RELACIONADOS CON EL FEMENINO**

**RESUMEN.** En Brasil y en el mundo la incidencia del cáncer de mama está en acenso. Es una enfermedad que está manifestándose cada vez más temprano en la vida de la mujer. El tratamiento envuelve mastectomía, quimioterapia y radioterapia que, por sus efectos físicos, pueden comprometer en variados grados la autoestima, la imagen corporal y la identidad femenina de aquellas mujeres que reciben el diagnóstico de la enfermedad. Además de eso, en nuestra sociedad el cáncer ha adquirido significados relacionados con la culpa, punición, deterioración, dolor y muerte, agravando el sufrimiento psicológico de las enfermas. En este sentido, este artículo tiene como objetivo levantar algunos puntos de reflexión en lo que se relaciona con los significados culturales de la enfermedad y del significado del seno como icono de la identidad femenina. Partimos del supuesto de que enriquecer la comprensión de los aspectos que pueden influenciar el sufrimiento de la mujer con cáncer de mama, contribuye para que los profesionales de la salud, sobretudo los de salud mental, puedan prestarle asistencia de un modo más eficiente y abarcador.

**Palabras-clave:** Neoplasia mamaria, identidad de género, cultura.

---

\* Doutora em Psicologia. Docente no Departamento de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.

O diagnóstico de câncer tem, geralmente, um efeito devastador na vida da pessoa que o recebe, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que quase sempre ocorrem. Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é imprescindível na assistência ao paciente oncológico.

Quanto ao câncer de mama, desde a década de 70 a medicina tem se dedicado mais ao impacto psicossocial da doença. Estudos dessa época delinearam que as mulheres sofrem *desconforto psicológico*, como ansiedade, depressão e raiva; *mudanças no padrão de vida*, relacionadas ao casamento, vida sexual e atividades no trabalho, e, ainda, *medos e preocupações* concernentes à mastectomia, recorrência da doença e morte (Meyerowitz, 1980).

As primeiras investigações nesta área já assinalavam vários fatores que podem influenciar a aceitação e adaptabilidade da mulher que se vê portadora de um câncer de mama: o contexto cultural no qual as opções de tratamento são oferecidas, os fatores psicológicos e psicossociais que cada mulher traz para esta situação e fatores relacionados ao próprio diagnóstico do câncer, como o estágio da doença, tratamentos disponíveis, respostas e evolução clínica. Assinalam também que para assistir a mulher com cuidados integrais e contínuos, cada um desses fatores deve ser levado em consideração (Rowland & Massie, 1998).

No que se refere ao “contexto cultural”, foram realizados estudos acerca das representações e significados que o câncer adquire no decorrer do tempo em nossa cultura, os quais, de modo geral, enfatizam como a percepção socialmente construída da doença repercute na forma como o doente irá vivenciá-la (Gomes, Skaba & Vieira, 2002).

É nesta vertente que se insere o nosso pensar sobre o sofrimento da mulher submetida ao tratamento de câncer de mama. Temos o propósito de levantar alguns pontos para reflexão, especificamente no que se relaciona aos significados que a doença adquire e no que ela afeta a identidade feminina. Consideramos que, diante das características e conotações do câncer de mama, a mulher acometida por ele não só terá de lidar com a doença, seu tratamento e possíveis seqüelas físicas e psicológicas, mas também irá se confrontar com os aspectos culturais relacionados à construção da identidade feminina, os quais certamente estarão envolvidos na relação com a doença, a qual possui uma história, uma simbologia e um significado social muito especiais.

## CÂNCER DE MAMA

Os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante entre as doenças que acometem a população feminina, representando, no Brasil e no mundo, importante causa de morte entre as mulheres adultas. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Segundo estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2006a), o número de casos novos esperados para o Brasil em 2006 é de 48.930, com um risco de 52 casos a cada 100 mil mulheres.

É relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. As estatísticas indicam o aumento de sua freqüência tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes (INCA, 2006a). No Brasil, é a primeira causa de morte por câncer na população feminina, principalmente na faixa etária entre 40 e 69 anos (INCA, 2006b). Em países do Ocidente, entre todas as causas de óbito, ele é a mais comum em mulheres abaixo da idade de 50 anos (Boyd, 1999).

O câncer de mama é considerado de bom prognóstico se diagnosticado e tratado oportunamente, sendo o principal fator que dificulta o tratamento o estágio avançado em que a doença é descoberta. Em nosso país, a maioria dos casos é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), correspondendo a cerca de 60% dos diagnósticos., por isso o número de mastectomias realizadas no Brasil é considerado alto (Makluf, Dias & Barra, 2006). Em tais condições observa-se uma diminuição das chances de sobrevivência, comprometimento dos resultados do tratamento e, conseqüentemente, perdas na qualidade de vida das pacientes (Thuler & Mendonça, 2005; INCA, 2006a). O câncer de mama é, portanto, uma preocupação da Saúde Pública, a qual, para combatê-lo, atua formulando e implantando ações, planos e programas destinados ao controle da doença.

O tratamento primário é a mastectomia, intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingir tecidos circundantes ou até a retirada da mama, dos linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais. A mais freqüente, em torno de 57% das intervenções realizadas, é a mastectomia radical modificada, aquela que remove toda a mama juntamente com os linfonodos axilares. Tratamentos

complementares geralmente são necessários, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. O prognóstico e a escolha do tratamento são embasados na idade da paciente, estágio da doença, características do tumor primário, níveis de receptores de estrogênio e de progesterona, medidas de capacidade proliferativa do tumor, situação da menopausa e saúde geral da mulher (Malzyner, Caponero & Donato, 2000).

Até pouco tempo atrás os doentes de câncer eram estudados em termos de quantos sobreviviam e de quanto sobreviviam em relação aos tratamentos disponíveis, mas hoje as áreas médicas assumem cada vez mais uma perspectiva biopsicossocial de homem, com a qual a Psicologia tem contribuído significativamente. Assim, tornou-se evidente o interesse pela investigação das relações existentes entre os fatores psicossociais, a incidência, a evolução, o tratamento e a remissão da doença. Além disso, é crescente o número de estudos que objetivam avaliar a qualidade de vida dos doentes durante o tratamento e após a remissão da doença (Cohen, Hack, Moor, Katz & Goss, 2000; Engel, Kerr, Schlesinger-Raab, Sauer & Hölzel, 2004; Makluf, Dias & Barra, 2006).

Estudos nessa área afirmam que o câncer de mama é uma experiência amedrontadora para as mulheres. Para muitas delas, a confirmação do diagnóstico evoca sentimentos de pesar, raiva e intenso medo. O desenvolvimento da doença pode levá-las a situações de ameaça à sua integridade psicossocial, provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento, quando consideram o câncer uma "sentença de morte" (Duarte & Andrade, 2003; Kovács, Amorim, Filho & Sgorlon, 1998).

Por suas características, o tratamento traz repercussões importantes no que se refere à identidade feminina. Além da perda da mama ou de parte dela, os tratamentos complementares podem impor a perda dos cabelos, a parada ou irregularidade da menstruação e a infertilidade, fragilizando ainda mais o sentimento de identidade da mulher (Wanderley, 1994). Além disso, as representações de dor insuportável, de mutilações desfigurantes e de ameaça de morte não desaparecem com a retirada do tumor, pois há sempre o fantasma da metástase e da recorrência.

Há que se considerar, ainda, a história da doença no decurso do tempo e da cultura, com seus significados e simbologias. Segundo Sant'Anna (2000), essa história é tão cheia de medo e vergonha que faz o imaginário recuar a receios ancestrais, cristalizando temores e expectativas que resistem aos avanços da ciência. Tais temores reanimam crenças arcaicas segundo as quais ser atingido pelo câncer é revelar uma monstruosidade essencial que mais ou

menos se mereceu, em relação à qual não há absolvição (Imbaut-Huart, 1985). Assim, o câncer ainda é um segredo difícil de ser partilhado, narrado e ouvido, mesmo para a mulher, que culturalmente é mais estimulada a compartilhar, integrar e socializar experiências.

### O CÂNCER, SUA HISTÓRIA, SEUS SIGNIFICADOS E INTERPRETAÇÕES

Gimenes (1998) destaca que significados e interpretações acerca do câncer e das situações que lhe estão associadas interferem no processo de enfrentamento e na adaptação às diferentes fases do desenvolvimento e tratamento da doença. Nesse sentido, podemos afirmar que a relação da mulher com o câncer de mama e seu tratamento é emblemática. Isso se inicia com a história da doença, que no século IV a.C. é descrita por Hipócrates em seu livro *Doença de mulheres*, como um mal que mina cotidianamente as energias, começando pela interrupção da menstruação e culminando na morte, roubando o que foi secularmente considerado a alma de toda mulher (Sant'Anna, 2000).

No século XIX e primeiras décadas século XX, o câncer era considerado contagioso e associado a falta de limpeza, a sujeira física e moral. A imundície das cozinhas, a sujeira das fábricas, a desordem verificada nas ruas das cidades, povoadas de cães e gatos vadios, a proliferação assustadora de ratos e insetos daninhos por toda a cidade, compunham um quadro deprimente, provocando toda sorte de doenças, entre as quais, acreditava-se, estava o câncer. Além disso, concebia-se que a doença poderia ser contagiosa entre os amantes dos excessos do prazer, principalmente no caso das mulheres, nas quais o adoecimento era resultado de "pecados e vícios", em especial nas práticas sexuais (Sant'Anna, 2000). Entre as práticas sexuais consideradas "monstruosas", o sexo oral era identificado como a causa principal das neoplasias nas mulheres, principalmente nas homossexuais ou bissexuais. Dizia-se que a prática desencadeava a formação de nódulos cancerosos na cavidade bucal e trato digestivo, que se disseminava por todo o organismo (Bertolli Filho, 1996).

O câncer era considerado um castigo através do qual o doente poderia alcançar sua redenção, a libertação dos pecados caso conseguisse suportar com resignação o sofrimento causado pela doença.

Tal como a sífilis, o câncer parecia um castigo; mas, ao mesmo tempo, ele foi durante séculos, considerado um mal

redentor. Enfrentar o câncer de mama, por exemplo, implicava, acima de todas as preces e “benzedeiças”, em suportar heroicamente todo o sofrimento, até o momento da morte. Por conseguinte, o corpo sofredor da mulher parecia atingir qualquer coisa da ordem do sagrado (Sant’Anna, 2000, p. 47).

O ideal higienista da época norteava as ações dos órgãos de saúde pública, adotando como estratégia de intervenção sanitária para o câncer, a tuberculose e a sífilis, o isolamento e a desinfecção minuciosa das residências em caso de morte dos doentes. Vale lembrar que esta idéia era compartilhada por médicos do mundo inteiro. No Brasil, as informações referentes aos casos da doença eram controladas e coordenadas pela Inspetoria de Leprosia e Doenças Venéreas (Bodstein, 1987). Contudo, os higienistas também encontravam na vida moderna possíveis causas para o câncer, como o alcatrão emanado das vias asfaltadas, os gases liberados pelos motores em funcionamento ou chaminés industriais, a proximidade constante de geladeiras elétricas e uso de sapatos apertados ou de saltos altos (Bertolli Filho, 1996).

Durante os anos 30 e 40, a argumentação de cunho moral continua em evidência, porém, mesclando-se com hipóteses novas advindas da observação da vida moderna nas grandes cidades brasileiras que começam a se industrializar. Outros fatores predisponentes ao câncer começam a ser sublinhados, tais como a ingestão de alimentos com produtos químicos, o hábito de fumar, o excesso de trabalho e o aumento de preocupações cotidianas (Sant’Anna, 2000).

A partir de 1950, podem ser observados grandes avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento que possibilitaram o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevivência dos pacientes. O acompanhamento mais prolongado desses pacientes indicou a necessidade de lhes proporcionar boa qualidade de vida e a importância do estudo das repercussões e adaptação psicossociais dos pacientes e de suas famílias. Ao mesmo tempo, algumas áreas da medicina, incorporando conhecimentos psicanalíticos, começaram a admitir a possibilidade de participação de fatores psíquicos no desenvolvimento do câncer. Os argumentos morais não desaparecem por completo, mas se atualizam através de uma ênfase na sexualidade e sua relação com o mundo interno. “Agora são os indivíduos ‘frígidos e impotentes’, ‘pervertidos sexualmente’ ou ‘doentes do sexo’ que se tornam, segundo diversos médicos, presas fáceis do câncer” (Sant’Anna, 2000, p. 56). A história da construção social dos gêneros evidencia que os

indivíduos, preferencialmente, “frígidos e impotentes”, “pervertidos” e “doentes do sexo” são as mulheres.

A noção moralizadora do câncer como castigo que repara o pecado foi sendo gradativamente substituída, mas não integralmente, pela noção de que a doença expressa o caráter do paciente. Se antes a doença era vista como uma consequência da conduta desregrada do indivíduo, cujos comportamentos e emoções eram desmedidos, agora a causa estaria relacionada justamente com a contenção do desejo ou não-expressividade das emoções. “O câncer tenderá a expressar, ao menos, duas vergonhas: aquela de ser anti-higiénico e maculado por experiências julgadas viciosas e, também, aquela de ser considerado ‘recalcado’, ‘frustrado’, incapaz de aceitar seus próprios desejos e de expressá-los” (Sant’Anna, 2000, p. 57).

Nos anos 60 e 70 foi intensificada a atenção aos fatores psicológicos. Palmeira (1997) assinala que os fatores da “esfera psíquica” mais freqüentemente estudados e considerados como implicados na carcinogênese podem ser reunidos em dois grupos genéricos. No primeiro estão os estados disfóricos (depressão, tristeza, infelicidade, abatimento, desânimo, desesperança, desamparo, desapontamento) e de ansiedade, juntamente com situações traumáticas envolvendo perdas e privações. No segundo, estão os fatores definidos por características de personalidade e de enfrentamento da doença, que variam segundo os pressupostos teóricos adotados.

Nessa nova concepção, o “candidato ideal” para desenvolver o câncer apresentaria uma personalidade marcada pela passividade, pouca emotividade, regularidade dos hábitos, baixa agressividade ou negação da hostilidade, depressão e dificuldade na formação de vínculos afetivos (Tavares & Trad, 2005). Observamos que no bojo dos movimentos sociais da época, esperava-se que a mulher devesse ter voz, ser mais agressiva e ativa na vida, inclusive para evitar o câncer.

Lutar contra o câncer, nesse momento, implicava em autoconhecer-se; conhecer o próprio corpo, e principalmente, requeria que o doente falasse abertamente sobre suas dificuldades emocionais, expusesse sua vida e sua doença e procurasse meios de fortalecimento e crescimento através da doença. Neste sentido, a partir da década de 1970 as experiências de mulheres com câncer começam a ser publicizadas.

As poucas reportagens e artigos que começam, na década de 70, a pontuar com maior freqüência revistas estrangeiras e

brasileiras sobre o câncer de mama e sobre a mastectomia não conseguirão escapar à tendência destes novos tempos: tornar o câncer de mama, a cirurgia e o processo de cura da doença em experiências que, apesar da dor e dos sofrimentos, podem ser revertidas em benefício da própria mulher. Desde então, a literatura de auto-ajuda, de biografias destinadas a encorajar os doentes de câncer de ambos os sexos, de novas terapias destinadas à melhoria da qualidade de vida do doente, começam a ganhar uma importância outrora desconhecida (Sant'Anna, 2000, p. 64).

Assim, na atualidade o papel ativo do doente é estimulado, percebido como o agente de sua própria cura. Sem dúvida, isso contribuiu para que muitos aspectos relacionados à qualidade de vida dos pacientes fossem levados em conta pelos estudiosos e gestores dos serviços de saúde; porém, observamos que a ênfase na concepção de que determinados estados psicológicos e certas características de personalidade do doente são importantes fatores predisponentes ao câncer pode mostrar-se tão punitiva quanto a noção da doença como castigo.

Atualmente, mais que para as características de personalidade, a atenção se volta para a história familiar como um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença, especialmente se a mãe ou uma irmã foram acometidas pelo câncer de mama antes dos 50 anos de idade; entretanto esses casos correspondem somente a 10% do total de cânceres de mama (INCA, 2006b), e outros fatores são tidos como importantes. Observamos, desde o final do século passado, uma espécie de reedição de considerações sobre hábitos da vida que podem ser causadores de desordens genéticas potencialmente cancerígenas, como o uso de anticoncepcionais, gravidez tardia, alimentos alterados geneticamente, dietas alimentares - enfim, uma extensa lista que questiona a “vida civilizada” de nossos dias (Tavares & Trad, 2005). Nesta lista, vem ganhando importância o ato de amamentar. Não é ampla a literatura sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, mas já aparecem entre nós publicações que apontam evidências científicas sobre uma relação positiva entre amamentar e apresentar menos doenças como o câncer de mama, alguns tipos de cânceres ovarianos e certas fraturas ósseas (Rea, 2004).

Poderão estes conhecimentos contribuir com a elaboração de novas perspectivas e novos sentidos para a doença? De qualquer modo, esses novos conhecimentos mantêm a possibilidade de íntima relação entre expectativas quanto ao “bom

desempenho do papel da mulher e do que é ser feminino”, principalmente quanto à maternidade, e o surgimento da doença em seus corpos. O tempo dirá.

## CÂNCER DE MAMA E IDENTIDADE FEMININA

Estudos têm apontado que a primeira preocupação da mulher e sua família após receberem o diagnóstico do câncer de mama é a sobrevivência. Em seguida surge a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo; e quando o tratamento está em andamento, as inquietações se voltam para a mutilação, a desfiguração e suas conseqüências para a vida sexual da mulher (Carver, 1993; Duarte & Andrade, 2003; Gandini, 1995; Gimenes & Queiroz, 2000). Estudos prospectivos que avaliaram a qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia demonstraram que elas sentiram piora não só na imagem corporal, mas também na vida sexual, limitações no trabalho e até mesmo mudanças nos hábitos e atividades de vida diária (Engel et al., 2004; Ganz et al., 2004).

Mesmo quando o tratamento permite a preservação da mama e ocorre apenas a retirada do tumor, observa-se que a indicação causa medos e crises nas doentes. “No imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos – como amamentar, seduzir e acariciar –, não combinando com a idéia de ser objeto de uma intervenção dolorosa, ainda que necessária” (Gomes, Skaba & Vieira, 2002, p. 200-201).

Foi verificado também que as mulheres apresentam o interesse sexual diminuído, por causa dos efeitos secundários do tratamento, como menopausa precoce, diminuição da libido e alteração na produção de hormônios sexuais, o que torna o ato sexual doloroso, além de diminuir a excitação e inibir o orgasmo (Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis, 2001; Fentiman, 1993; Quintana, Santos, Russowsky & Wolff, 1999).

Outros estudos demonstraram redução da qualidade de vida nos domínios emocional, social e sexual não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também após cinco anos. Sugerem, por isso, que o cuidado psicooncológico oferecido às pacientes deve ser mantido mesmo após o término do tratamento clínico (Holzner, Kemmler, Kopp & Moschen, 2001).

Além disso, devem ser levados em consideração os significados da mama na vida da mulher. Quintana, Santos, Russowsky & Wolff (1999) comentam que, quando a equipe médica informa à paciente que ela deverá retirar a “mama”, a comunicação por ela

recebida é a de que irá perder o “seio”, lugar privilegiado das representações culturais de feminilidade, sexualidade e maternidade. Por isso podemos dizer que o câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher. Compreender a mulher doente nesta teia de significados é importante para que o tratamento se oriente para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade.

Ao levarmos em conta os significados e representações que o seio adquire em nossa sociedade em relação à maternidade, além da nutrição física que a mãe proporciona ao seu filho, ele representa também as trocas simbólicas e afetivas entre ambos e a nutrição psíquica mãe-filho que alimenta e exercita as várias possibilidades de maternagem da mulher vida afora. Sobre isso há toda uma construção teórica e prática em psicologia e em psicanálise que enfatiza o seio como objeto pelo qual a mãe estabelece contato com seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento. Ter o seio mutilado pode significar, para muitas mulheres, a impossibilidade de continuar sendo acolhedora e nutridora de seus entes queridos.

Ainda que, por muito tempo, o seio tenha sido mais valorizado quanto aos aspectos relacionados à maternidade, atualmente, em nossa cultura, essa valorização está voltada ao seu significado de feminilidade. Ele é fortemente explorado como ícone de forte apelo sexual, idéia que é reforçada pela mídia. Frente a essa realidade, a mulher com câncer de mama continua suscetível a prejuízos em sua experiência de sentir-se mulher, uma vez que seu seio foi atingido pela doença e mutilado pelo tratamento.

Dessa forma, o câncer de mama e seu tratamento interferem na identidade feminina, levando, geralmente, a sentimentos de baixa auto-estima, de inferioridade e medo de rejeição do parceiro. Ao afastarem-se do ideal de mulher, as doentes de câncer de mama julgam-se incapazes de poder gratificar e proporcionar experiências positivas, tanto a seus companheiros quanto a seus filhos (Quintana, Santos, Russowsky & Wolff, 1999; Nascimento, 1998). Em nosso trabalho com grupos de apoio psicológico a pacientes com câncer, encontramos depoimentos de mulheres alegando, a princípio, preferirem a morte à remoção da mama, o que nos leva a supor que a falta da mama e a falta do seio representam, num primeiro momento, a morte simbólica da mulher.

Outras manifestam um intenso medo de rejeição, seja ela em relação ao companheiro, aos filhos, a outros familiares ou a amigas e amigos. Relatam que,

quando vivenciam a experiência de serem ou de se sentirem rejeitadas, é como se fossem aniquiladas. Uma delas expressou isso de uma forma muito emocionada afirmando que *“não é o câncer que mata, mas a rejeição”*.

Acreditamos que essa experiência ou, na maioria das vezes, o medo de vivenciá-la, estejam intimamente relacionados à maneira como em nossa sociedade se desenvolve a identidade de gênero, extrapolando, inclusive, o mero desempenho de papéis assumidos pela mulher concebidos como inerentes ao ser feminino. Como pondera Chodorow (1979), a menina desenvolve uma identificação pessoal com os caracteres e valores da mãe, baseada na aprendizagem gradual de um modo de ser familiar na vida diária, fazendo com que a personalidade feminina se defina em relação e conexão com outra pessoa em direção à criação, educação e responsabilidade. Dessa forma, qualquer evento que possa ameaçar as possibilidades de vinculação a outrem repercute intensamente na dinâmica emocional da mulher; muito mais em se tratando de evento de tão sérias conseqüências como o proporcionado pelo câncer de mama, que lhe remove o ícone mais expressivo de sensualidade, de intimidade, de cuidado e de responsabilidade pelo outro.

O sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter de acolher um tratamento difícil, como vimos, transcende ao sofrimento configurado pela doença em si. É um sofrimento que comporta representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher. Considerar estes aspectos nas propostas de atenção à mulher com câncer de mama é mais que necessário: é indispensável.

## REFERÊNCIAS

- Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S. & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.
- Bertolli Filho, C. (1996). Fontes para o estudo do câncer em São Paulo. [Resumo expandido]. Em Sociedade Brasileira de Psico-Oncologia. *Temas em Psico-oncologia, III Encontro e I Congresso de Psico-oncologia* (pp. 8-12). São Paulo: Medina.
- Bodstein, R. C. A. (Coord.). (1987). *História e saúde pública: a política de controle do câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: PEC/ENSP.
- Boyd, N. (1999). Câncer de mama (Ivo Carelli Filho, Trad.). Em UICC - União Internacional Contra o Câncer, *Manual de*

- oncologia clínica* (pp. 360- 81). São Paulo: Springer-Verlag; Fundação Oncocentro de São Paulo.
- Carver, S. C. (1993). How coping mediates the effects of optimism on distress: A study of woman with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(2), 375-389.
- Chodorow, N. (1979). Estrutura familiar e personalidade feminina. Em M. Z. Rosaldo & L. Lamphere (Orgs.), *A mulher, a cultura e a sociedade* (pp. 65-94). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Cohen, L., Hack, T. F., Moor, C., Katz, J. & Goss, P. E. (2000). The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Annals of Surgical Oncology*, 7(6), 427-434.
- Duarte, T. P. & Andrade, A. N. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 155-163.
- Engel, J, Kerr, J, Schlesinger-Raab, A, Sauer, H & Hölzel, D. (2004). Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *Breast Journal*, 10(3), 223-231.
- Fentiman, I. (1993). *Diagnóstico e tratamento do câncer de mama* (Walquiria Settineri, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gandini, R. C. (1995). *Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Ganz, P. A., Lorna, K., Stanton, A., Krupnik, J. L., Rowland, J. H., Meyerowitz, B. E., Bower, J. E. & Belin, T. R. (2004). Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *Journal of the National Cancer Institute*, 96(5), 376-387.
- Gimenes, M. G. (1998). A pesquisa do enfrentamento na prática psico-oncológica. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver* (pp. 232-246). São Paulo: Summus.
- Gimenes, M. G. G. & Queiroz, E. (2000). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 173-195). Campinas: Livro Pleno.
- Gomes, R., Skaba, M. M. V. F. & Vieira, R. J. S. (2002). Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. *Caderno de Saúde Pública*, 19(1), 197-204.
- Holzner, B., Kemmler, G., Kopp, M. & Moschen, R. (2001). Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for longterm survivors? *Psychosomatics*, 42(2), 117-123.
- Imbaut-Huart, M. J. (1985) História do cancro. Em J. Goof (Org.), *As doenças têm história* (pp. 175-186). Lisboa: Terramar.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer (2006a). Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2006. Recuperado em 12 junho de 2006, de <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/>.
- INCA - Instituto Nacional de Câncer (2006b). Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama "Viva Mulher". Recuperado em 12 de junho de 2006, de [http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=140](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140).
- Kovács, M. J., Amorim, A. C. C., Filho & Sgorlon, L. C. A. (1998). Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Psico-oncologia no Brasil: resgatando o viver* (pp. 159-185). São Paulo: Summus.
- Makluf, A. S. D., Dias, R. C. & Barra, A. A. (2006). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 52(1), 49-58.
- Malzyner, A., Caponero, R & Donato, E. M. O. D. (2000). A metamorfose de uma angústia: o tratamento do câncer da mama de Halsted ao BRCA-1. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs.), *A mulher e o câncer* (pp. 71-107). Campinas: Livro Pleno.
- Meyerowitz, B. E. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*, 87, 108-131.
- Nascimento, M. G. R. (1998). A natureza das relações objetais em mulheres com câncer de mama. Em M. S. C. Roosevelt (Coord.), *Da morte: estudos brasileiros* (pp. 51-78). Campinas: Papirus.
- Palmeira, G. A. (1997). Psique e câncer. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(3), 157-162.
- Quintana, A. M., Santos, L. H. R., Russovsky, I. L. T. & Wolff, L. R. (1999). Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 45(4), 45-52.
- Rea, M. F. (2004). Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *Jornal de Pediatria*, 80(5 supl), 142-146.
- Rowland, J. H. & Massie, M. J. (1998). Breast Cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (pp. 380-401). New York: Oxford University.
- Sant'Anna, D. B. (2000). A mulher e câncer na história. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero, *A mulher e o câncer* (pp. 43-70). Campinas: Livro Pleno.
- Tavares, J. S. C. & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 426-435.
- Thuler, L. C. S. & Mendonça, G. A. (2005). Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e colo do útero em mulheres brasileiras. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27(11), 656-660.
- Wanderley, K. S. (1994). Aspectos psicológicos do câncer de mama. Em M. M. M. J. Carvalho (Org.), *Introdução à psico-oncologia* (pp. 95-101). Campinas: Editorial Psy.

Recebido em 24/08/2006

Aceito em 16/03/2007

---

**Endereço para correspondência:** Lucia Cecilia da Silva. Rua Monsenhor Kimura, 353, ap. 701-2, CEP 87010-450, Maringá-PR.  
E-mail: [luciacecilia@wnet.com.br](mailto:luciacecilia@wnet.com.br)