

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA DE PACIENTES EM RECONSTRUÇÃO DE MAMA: UM ESTUDO PILOTO

BREAST RECONSTRUCTION PATIENTS PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT: A PILOT STUDY

Ana Márcia Sanches de Almeida VIANNA¹

RESUMO

O presente trabalho objetivou identificar e avaliar ansiedade e depressão pré- e pós-reconstrução mamária. Participaram do estudo dez mulheres atendidas no ambulatório de cirurgia plástica. Os instrumentos utilizados foram: Inventário Beck de Depressão e Inventário de Ansiedade Traço-Estado. Os resultados demonstraram sofrimento psicológico e alterações nos índices de ansiedade e depressão no pré- e pós-operatório. A sensibilidade erógena não foi identificada antes da reconstrução mamária, entretanto, depois dela, 40% a identificaram. A maioria relatou, no pré-operatório, o desejo de melhorar a auto-imagem, e, após a cirurgia, 90% estavam satisfeitas. Após a reconstrução mamária, houve melhora no relacionamento conjugal. São necessárias mais pesquisas para identificar e comparar ansiedade e depressão, através de grupos-controle, para avaliar as diferentes variáveis que interferem na reconstrução mamária.

Palavras-chave: neoplasias mamárias; reconstrução de mama; ansiedade; depressão; mastectomia.

ABSTRACT

This study proposal was to identify and evaluate anxiety and depression through pre and post breast reconstruction. This study subjects were ten female who were attended at the plastic surgery out-patient clinic. The instruments used were Beck Depression Inventory and Trait-State- Anxiety Inventory. The results have showed patients' psychological suffering and anxiety and depression rates alterations through the surgery pre and post periods. The erogenous sensibility was not identified before the breast reconstruction. However, 40% of the participants have identified it after

¹ Ambulatório de Reconstrução Mamária, Hospital de Base-FUNFARME. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, São Pedro, 15090-090, São José do Rio Preto, SP, Brasil. E-mail: <amsaviana@hotmail.com>.

surgery. The majority of the subjects reported self-image improvement intention before the surgery, and 90% of them considered their expectations fulfilled. Also, they affirmed their conjugal relationship has improved after the breast reconstruction. Other researches about processes of breast reconstruction are essential identify and compare anxiety and depression in control groups, and also to analyze the variables that interfere whit breast reconstrction.

Key-words: *breast neoplasms; breast reconstruction; anxiety; depression; mastectomy.*

O câncer é identificado, na maioria das vezes, como uma caminhada progressiva e dolorosa em direção à mutilação e à morte. O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres devido a sua alta freqüência e, sobretudo, pelo impacto psicológico que provoca. Envolve negativamente a percepção da sexualidade e da auto-imagem mais do que qualquer outro tipo de neoplasia que atinge a mulher. Apesar das inúmeras pesquisas para a cura da doença e da existência de tratamentos mais modernos, pacientes e familiares lutam com sofrimento físico e psicológico contra a doença, além da questão financeira (Santos, Koch, Frassom, Schenato & Melo, 1998; Covich, 2000; Paek, 2001).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2001 foram estimados 31.590 casos de neoplasias malignas da mama. O Brasil registra o câncer de mama como a principal causa de morte entre a população feminina. Os dados epidemiológicos que estão disponíveis atualmente permitem considerar o câncer de mama como um problema de saúde pública no Brasil (Instituto Nacional do Câncer, 2001).

O diagnóstico de câncer é acompanhado de intenso sofrimento psicológico, de momentos de dúvida sobre a continuação da existência, sentimentos de frustração e insegurança pela brusca mudança no projeto de vida (Kovacks, 1999; Bergamasco & Ângelo, 2001). Estar com câncer atinge a integridade psicológica do paciente, tornando-o fragilizado e vulnerável à depressão e ansiedade. Tal situação é geradora de intensa angústia, causada, em geral, pelo

medo da mutilação, da dor da morte, pela culpa e pela agressividade (Covich, 2000).

As mamas são partes do corpo feminino e, por influência cultural, altamente valorizadas; compõem a estética feminina, sendo parte identificável da diferença de gênero; são símbolos sensuais expressivos, de potencial erógeno, e descritas milenarmente em versos e prosas. O ato de amamentar é substancial para a perpetuação da espécie, sendo fonte de prazer e realização. A mama é o representante exterior da feminilidade; a perda de parte ou de seu todo representa uma grande ameaça à integridade psicológica e funcional da mulher (Heckert, 1995).

Heckert (1995) descreve manifestações psicológicas que podem acompanhar as pacientes mastectomizadas, tais como letargia, agressividade, deslocamento e depressão.

Quando a mulher necessita retirar a mama devido ao câncer (mastectomia), sentimentos de angústia e dor estão sempre presentes. É de se prever que a mulher se sinta atingida em sua própria identidade, em sua imagem pessoal, com conseqüências na auto-estima e valor próprio, além da presença de morbidade aumentada pelos transtornos psiquiátricos (Leite, Schimidt & Andrade, 1996).

Segundo a literatura, a depressão é considerada a resposta emocional mais comum do paciente com câncer. Estudos relataram que sintomas depressivos significativos estão presentes em 30% a 87% dos pacientes com câncer (Figueiró, 1994; Longman, Braden & Mishel, 1999; Matos, Souza; Ribeiro; Silva; Ivo & Lima Júnior, 2000).

Braga (1996) realizou um estudo para avaliar a presença de depressão em mulheres mastectomizadas, e os resultados obtidos demonstraram depressão em 35% das pacientes após a mastectomia, evidenciando uma relação significativa entre depressão em mulheres mastectomizadas e as seguintes variáveis: faixa etária, situação conjugal, migração, antecedentes pessoais, antecedentes familiares de doença mental, uso de quimioterapia, complicações pós-mastectomia, atividade profissional, contribuição com a renda familiar, atividade sexual, conhecimento do diagnóstico da doença, prática religiosa e percepção de perda. O estudo indica que as perdas associadas à mastectomia geram sofrimento psicológico importante.

Quanto ao relacionamento conjugal, o procedimento causa alterações importantes na relação sexual, e também interfere nas atividades de vida diária, levando a comportamentos de esquiva e isolamento social (Figueiró, 1994).

Assim como a depressão, a ansiedade também é um sintoma presente em pacientes com câncer; inicialmente relacionada ao diagnóstico e, a seguir, às incertezas dos efeitos colaterais e psicológicos do tratamento (Figueiró, 1994).

Existem conseqüências emocionais adversas causadas pela retirada da mama que necessitam de assistência adequada visando à reintegração familiar e social, com o objetivo de facilitar a adaptação da paciente a sua nova condição. A mastectomia é de difícil aceitação, podendo ocasionar atraso e até mesmo o abandono do tratamento; entretanto, a atuação conjunta dos membros da equipe de saúde e demais profissionais envolvidos é o grande passo para a reabilitação (Covich, 2000).

A reabilitação de mulheres mastectomizadas é um processo indispensável à adaptação ao exercício de seus diferentes papéis, com o objetivo de contribuir para o seu bem-estar e equilíbrio emocional (Segal, 1995).

A reconstrução mamária (RM) melhora a auto-imagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual; as mulheres que passaram

pela RM tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência (Front, 1999). Além disso, um aspecto importante é a diminuição do temor de recidiva com a remoção da cicatriz.

Atualmente, a RM é um recurso indispensável na reabilitação de pacientes que necessitam realizar a mastectomia, uma vez que as auxilia quanto aos aspectos já citados (Dutra & Domingues, 2000; Yurek, Farrar & Andersen, 2000).

Tendo em vista essas considerações, a autora objetivou identificar e avaliar ansiedade e depressão no período pré- e pós-RM e aspectos psicossociais relacionados à mastectomia e à RM, de uma amostra de pacientes atendidas no ambulatório de cirurgia plástica de um hospital-escola do interior do Estado de São Paulo, com finalidade de reunir informações para investigações futuras sobre a variável cirúrgica na modificação das características investigadas.

MÉTODO

Foram avaliadas dez pacientes do sexo feminino, mastectomizadas, na faixa etária de 26 a 68 anos, encaminhadas ao ambulatório de cirurgia plástica da Faculdade de Medicina e Enfermagem de São José do Rio Preto (FAMERP/Hospital de Base) para realizar a cirurgia de RM.

Foram critérios de exclusão neste estudo a presença de transtornos psiquiátricos, deficiência mental e/ou comprometimento neurológico que prejudicassem a interação do sujeito com o entrevistador.

Os instrumentos utilizados foram: 1) Ficha de Identificação, contendo dados pessoais, tais como sexo, profissão, grau de escolaridade, estado civil, número de filhos e religião. 2) Protocolo elaborado para o estudo, contendo as seguintes perguntas: significado da mastectomia, expectativa da RM, significado da RM, relacionamento conjugal e sensibilidade erógena. 3) Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) para avaliar ansiedade (Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1979) e Inventário BECK de Depressão (BDI) para avaliar depressão (Beck & Steer, 1993).

Procedimento

As pacientes foram abordadas após a consulta médica e, ao receberem esclarecimentos e concordarem em participar do estudo, foram submetidas à avaliação. Inicialmente foi aplicada a Ficha de Identificação, Protocolo elaborado para o estudo e, posteriormente, o instrumento IDATE seguido pelo BDI.

O procedimento foi realizado em duas etapas: no pré-RM e no pós-RM. Durante a primeira etapa, os instrumentos foram aplicados logo após a primeira consulta médica, e, na segunda etapa, após o terceiro tempo, ou seja, no término da RM (aproximadamente um ano e meio), as pacientes foram convocadas novamente a responder os instrumentos do estudo.

RESULTADOS

Os resultados serão apresentados de acordo com os instrumentos utilizados. Serão descritos em primeiro lugar os dados referentes à caracterização da amostra, dados psicossociais, ansiedade e depressão, para cada etapa da coleta.

A Tabela 1 mostra os dados de identificação da amostra; como pode ser visto, em sua maioria, as mulheres eram casadas, cursaram o primário e tinham entre 51 e 70 anos, com idade média de 53,4 e desvio-padrão de 14,78.

Tabela 1. Dados de identificação da amostra.

Categoria	n	%
Estado Civil		
Casadas	7	70
Solteiras	1	10
Divorciadas	2	20
Escolaridade		
Primário	4	40
1º Grau	3	30
Superior	3	30
Idade		
Até 30 anos	1	10
Entre 31 e 50 anos	4	40
Entre 51 e 70 anos	5	50

Nessa amostra, a maioria das mulheres eram professoras, costureiras e cabeleireiras; tinham até dois filhos e passaram pela mastectomia havia de um a dois anos. É importante notar que quatro pacientes demoraram de três a cinco anos para se submeterem à RM, o que é considerado um tempo longo para reconstrução da mama (Tabela 2).

Tabela 2. Respostas sobre o contexto sociocultural e tempo de doença.

Categoria	n	%
Profissão		
Autônomas (cabeleireira, entre outras)	6	60
Do lar	4	40
Religião		
Católicas	8	80
Evangélicas	1	10
Atéias	1	10
Filhos		
Até dois filhos	7	70
De 3 a 4 filhos	3	30
Tempo de Mastectomia		
Entre 1 e 2 anos	5	50
De 3 a 5 anos	4	40
Reconstrução mamária imediata	1	10

Quando questionadas, antes da RM, sobre o significado da mastectomia, todas as pacientes relataram sofrimento psicológico em relação ao procedimento (tristeza, preocupação, medo de morrer, depressão, medo da rejeição do parceiro). Após a reconstrução de mama, 80% relataram ainda a mesma percepção do procedimento médico mastectomia (diminuição de interesse, alteração do sono e apetite, pessimismo), indicando manutenção do sofrimento psicológico mesmo após a cirurgia reparadora. Isso indica que a RM não altera a percepção das mulheres sobre a mastectomia.

Sobre as expectativas em relação à RM no pré- e pós-operatório, 90% descreveram o desejo

de melhorar a auto-estima (“ficar bonita”, “me sentir completa como mulher”) e 10% “querer retomar o convívio social”. Após a RM, 90% relataram estar satisfeitas com sua auto-imagem (“sinto os seios como meus”, “estou realizada e satisfeita”) e 10% relataram estar insatisfeitas (“ficou melhor, mas não é a mesma coisa”). Percebe-se que a RM favoreceu o retorno da auto-estima e melhora da auto-imagem nessas mulheres.

Em relação ao significado da RM no pré-operatório, 70% relataram a necessidade da mama como símbolo da feminilidade (“quero me completar”, “quero me sentir mulher”), 10% afirmaram a necessidade do seio para então conseguir um parceiro (“vou arrumar um marido”), 10% “é uma prova que sarei” e 10% “quero reconstruir a minha vida”. Após a RM, 60% descreveram-se como uma “mulher completa”; 20% “agora tenho uma vida normal” e 20% “estou reconstruindo minha vida”. A maior parte das mulheres conseguiu se beneficiar rapidamente com a cirurgia reparadora, porém duas pacientes enfrentavam ainda sofrimento psicológico, dificultando a melhora do humor e retomada da vida.

Sobre o relacionamento conjugal no pré-operatório, 40% relataram não ter mudado; 30% não tinham parceiros; 20% julgaram-no péssimo e 10% referiram melhora. Após a RM, 50% relataram não ter mudado o relacionamento conjugal; 30% consideraram ter havido melhora e 20% não tinham parceiros. Ao final da RM, uma paciente casou-se, indicando a possibilidade de mudança e retomada da vida. Antes da RM todas as pacientes não apresentavam sensibilidade erógena. Após a RM, 60% relataram não identificar a sensibilidade erógena, porém 40% a identificaram.

A ansiedade também foi alvo de avaliação no período pré e pós-RM; foram encontradas as mesmas porcentagens, tanto para a ansiedade abaixo da média como acima da média, entretanto, no pós-operatório da escala estado, a maioria dos sujeitos apresentaram ansiedade abaixo da média. No pós-operatório, tanto na escala estado como na escala traço os índices de ansiedade para maioria da amostra estavam abaixo da média (Figura 1).

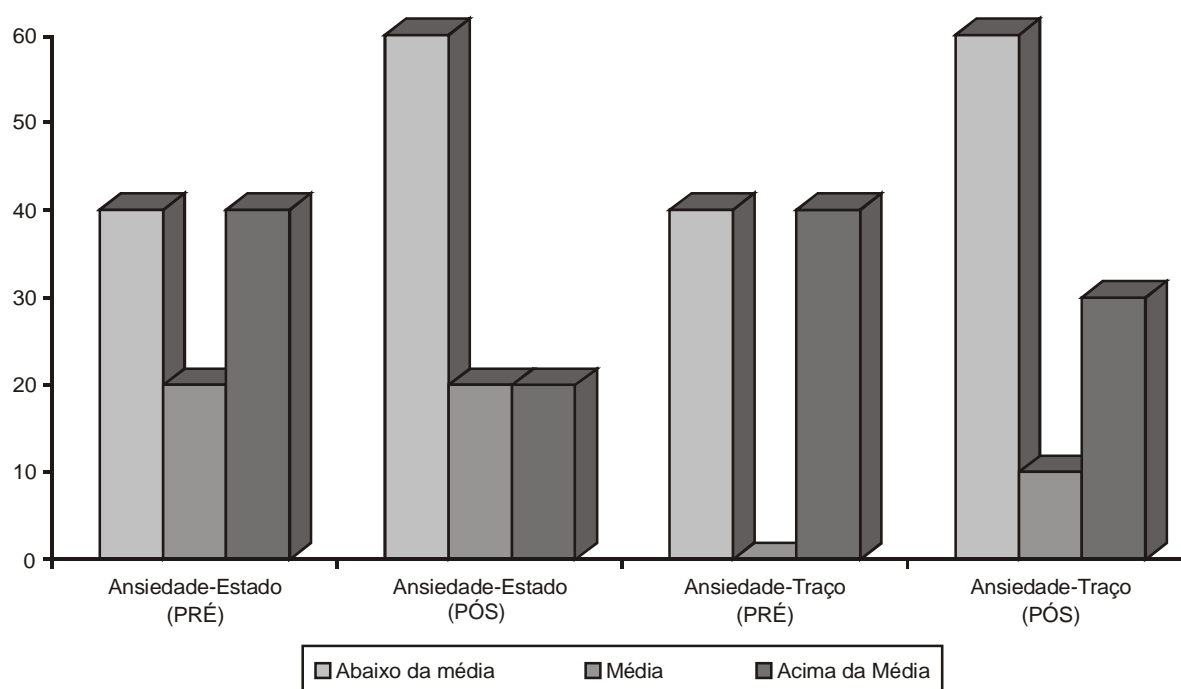


Figura 1. Escores de Ansiedade Traço-Estado na avaliação pré- e pós-reconstrução mamária.

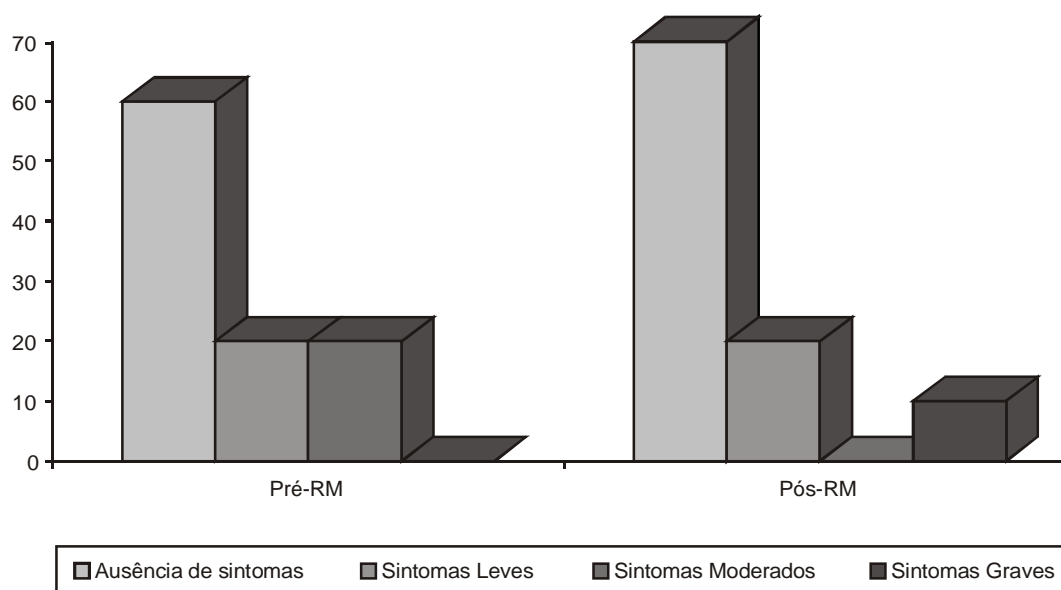


Figura 2. Avaliação dos sintomas depressivos pré- e pós-reconstrução mamária (RM).

Foram observados o aumento dos escores quanto à ausência de depressão, as mesmas porcentagens para os sintomas leves e a diminuição dos sintomas moderados, entretanto, uma paciente apresentou sintoma grave no pós-operatório (Figura 2).

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Leite et al. (1996) e Heckert (1995) descrevem o sofrimento psicológico de pacientes oncológicas quanto ao diagnóstico de câncer e quanto ao significado da mastectomia. Esses dados podem também ser observados no presente estudo.

Quanto à expectativa da RM, este estudo demonstrou que, antes da RM, a maioria dos sujeitos descreveu o desejo de melhorar a auto-estima e retomar o convívio social; esses dados estão de acordo com a literatura, pois tais pacientes apresentam modificações em sua auto-imagem após a mastectomia e conseqüente isolamento social. Após a RM, a mesma porcentagem foi encontrada. Nessa amostra, a RM é considerada um dos fatores que pode alterar positivamente a auto-imagem das pacientes;

entretanto, pesquisas para maiores conclusões nesse sentido devem ser elaboradas.

Quando abordadas sobre o significado da RM antes da cirurgia, a maioria das pacientes relataram a necessidade da mama como símbolo de feminilidade, ou seja, a ausência da mama interfere e pode comprometer o significado de ser mulher. Após a RM, 60% descreveram-se como "mulher completa". Esses dados sugerem que a RM pode ser uma variável que modifica o significado da feminilidade em tais pacientes (Heckert, 1995).

Pode-se notar que houve ganho nas relações com parceiros depois da RM, indicando que esses dados podem estar associados às diversas variáveis que interferem nessa relação, tais como maior comunicação entre os parceiros, fortalecimento do relacionamento nas situações de crise, melhor compreensão frente aos procedimentos reparadores, bem como os aspectos socioeconômicos, afetivos e familiares. Na avaliação do relacionamento conjugal, houve melhora após a RM, de acordo com o relato das pacientes (Figueiró, 1994).

Todas as pacientes afirmaram não apresentar sensibilidade erógena antes da RM, entretanto,

após a RM, 40% a identificaram. Esses dados sugerem que a RM pode interferir na modificação da percepção da sensibilidade erógena, para uma parcela significativa da amostra uma vez que a paciente identifica melhor as sensações, além dos aspectos orgânicos propriamente ditos.

Quando abordadas sobre a necessidade da mama como símbolo de feminilidade, os escores semelhantes do pré- e pós-RM indicam que o procedimento pode estar relacionado ao significado de ser mulher. Esses dados estão de acordo com a literatura.

Nesta amostra, os dados sugerem que a ansiedade-estado antes da RM pode ser considerada fator esperado diante da cirurgia, enquanto na ansiedade-traço, 60% apresentavam ansiedade acima da média, ou seja, demonstravam perfil ansioso em situações percebidas como ameaçadoras. Após a RM, houve redução nos níveis de ansiedade-estado. Na ansiedade-traço, a RM é uma das variáveis que podem estar relacionadas à redução dos níveis de ansiedade, entretanto, outros fatores devem ser avaliados.

Quanto à avaliação de depressão no pré- e pós-operatório, houve redução nas porcentagens e índices de depressão, entretanto, uma paciente apresentou depressão grave no pós-operatório, possivelmente relacionada a dificuldades conjugais anteriores à mastectomia (Matos et al., 2000).

No que se refere aos sintomas cognitivos da depressão no pré-operatório, destacam-se: choro, senso de fracasso, insatisfação, culpa, indecisão e interação social. Nesse sentido, Heckert (1995) também aponta, antes da RM, e após a mastectomia, manifestações psicológicas que podem acompanhar pacientes mastectomizadas. Nesta amostra, tanto no pré- como no pós-operatório, a RM pode ser um dos fatores que contribuem para alterar os escores e a gravidade de depressão em tais pacientes.

Este estudo permitiu avaliar a presença de ansiedade e depressão antes e após a RM, bem como aspectos psicossociais relacionados à mastectomia e à RM. A avaliação mostrou que

as pacientes relatam sofrimento psicológico antes e após a RM. Estes dados foram compatíveis com a literatura.

São necessárias mais pesquisas para identificar e comparar a presença de depressão e ansiedade antes e após a RM em pacientes mastectomizadas, através de grupos-controle para avaliar as diferentes variáveis que interferem nesse processo reparador.

REFERÊNCIAS

- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). **Beck Depression Inventory Manual**. San Antônio, TX: The Psychological Corporation.
- Bergamasco, R.B., & Ângelo, M. (2001). *O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher*. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 47 (3), 277-282.
- Braga, A.C.F. (1996). **Depressão em Mulheres Mastectomizadas**. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Covich, J.L. (2000). The relationship between breast reconstruction and psychological adjustment when a mastectomy is necessary. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering**, 60 (12-B), 6356. (University Microfilms International).
- Dutra, A.K., & Domingues, M.C. (2000). *Reconstrução da Mama*. Hospital do Câncer AC Camargo Disponível em <http://www.hcanc.org.br/recmam.html>.
- Figueiró, J.A.B. (1994). Aspectos psicológicos e psiquiátricos da experiência dolorosa. In M.M.M.J. Carvalho (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar** (p.140-158). São Paulo: Summus Editorial.
- Front, C. J. (1999). Body image, sexual functioning and mood disturbance among three early breast cancer treatment groups. **Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering**, 60 (5-B), 2338. (University Microfilms International).
- Heckert, U. (1995). **Reações Psíquicas à Mastectomia**, 21 (1): 97-102.

Instituto Nacional do Câncer (2001). **Coordenação de Programas de Controle de Câncer - PRO-ONCO**. 2001 [on-line]. Disponível em: <http://www.inca.org.br> [Acesso em: dez. 2001].

Kovacks, M.J. (1999). Pacientes em estágio avançado da doença, dor da perda e da morte. In M.M.M.J. Carvalho (Org.). **Dor: um estudo multidisciplinar** (p.318-337). São Paulo: Summus Editorial.

Leite, M.T.T., Schimidt, N.M., & Andrade, W.M. (1996). Aspectos Biopsicossociais do Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Mastologia**, **6**, 15-20.

Longman, A.J., Braden, C.J. & Mishel, M.H. (1999). **Side-effects burden, psychological adjustment, and life quality in women with breast cancer: pattern of association over time** (4th ed.). Philadelphia: Léa & Febiger.

Matos Souza, F.G., Ribeiro, R.A., Silva, M.S.B., Ivo, P.S.A., & Lima Júnior, V.S. (2000). *Depressão e ansiedade em pacientes com câncer de mama*. **Revista de Psiquiatria Clínica**, **27**(4), 207-214.

Paek, J.E. (2001). Female breast cancer patients' attitudes toward mastectomy and sleepwear design preferences. **Dissertation**

Abstracts International: Section A: Humanities and Social Sciences, **62** (4-A), 1251. (University Microfilms International).

Santos, R.P., Koch H., Frassom, A., Schenato, A., & Melo, G.S. (1998). Diagnóstico Precoce do Câncer de Mama: o papel do carcinoma ductal in situ. **Revista Brasileira de Mastologia**, **8** (2), 81-84.

Segal, S.M. (1995). Serviço de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas - Bases Organizacionais para Montagem e Funcionamento. **Revista Gynaecia**, **1**, 46-49.

Souza, C.B. (1995). Psicologia Aplicada à Oncologia. Compacta Oncológica. **Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica**, **4**, 17-26.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1979). **Manual do Inventário de Ansiedade Traço-Estado - IDATE**. Rio de Janeiro: CEPA.

Yurek, D., Farrar, W., & Andersen, B.L. (2000). Breast cancer surgery: Comparing surgical groups and determining individual differences in postoperative sexuality and body change stress. **Annual Journal of Consulting & Clinical Psychology**, **68** (4), 697-709.

Recebido para publicação em 29 de abril e aceito em 7 de outubro de 2004.