

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*



MASTECTOMIA E CORPORALIDADE: IMPACTO DA CIRURGIA  
ESTÉTICO-RECONSTRUTIVA

Marlene Lopes Venâncio

**Nº 12321**

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

*Instituto Superior de Psicologia Aplicada*

MASTECTOMIA E CORPORALIDADE: IMPACTO DA CIRURGIA  
ESTÉTICO-RECONSTRUTIVA

**Marlene Lopes Venâncio**

Dissertação orientada por Prof. Doutora Ivone Patrão

Tese submetida como requisito parcial para obtenção do grau de

**Mestre em Psicologia Aplicada**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2009**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Prof. Doutora Ivone Patrão, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

*Dedico este trabalho a todas as mulheres que sofrem ao lidarem diariamente com o cancro da mama, em particular às que se ofereceram voluntariamente para participar nesta investigação onde, ao contribuírem com as suas histórias, mostraram ser exemplos de força e coragem para todos nós.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar aos meus pais, por serem parte integrante da minha vida e pelo apoio incondicional na concretização deste trabalho, que ilustra todo um percurso de cinco anos, na realização da minha Licenciatura e do meu Mestrado Integrado em Psicologia Clínica.

Aos meus amigos e família pela disponibilidade, compreensão e apoio proporcionados sempre que precisei, assim como, pelo companheirismo do dia-a-dia.

Ao Prof. Doutor José António Carvalho Teixeira e a Prof. Doutora Ivone Patrão, pela orientação e ajuda incondicionais e indispensáveis à realização deste estudo, bem como, pelos seus constantes incentivos.

Ao Gonçalo, a Rita, a Shamsah e a Sofia pela partilha de informação e pelos momentos de inter-motivação e superação de dificuldades, ao longo deste percurso em comum.

À Associação de Mulheres Mastectomizadas “*Ame e Viva a Vida*” pela sua preciosa ajuda na recolha da amostra.

Às participantes voluntárias, sem as quais, a materialização deste estudo não seria possível.

A todos vós, o meu sincero obrigado!

## RESUMO

Dada a importância das repercussões psicossociais da mastectomia, este estudo pretendeu averiguar qual o impacto psicológico da mastectomia radical nas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal, em mulheres mastectomizadas por cancro da mama. Concomitantemente, procurou estudar a influência da cirurgia estético-reconstrutiva da(s) mama(s) nos domínios supracitados. Para o efeito, foi utilizada metodologia qualitativa e a Análise Fenomenológica Interpretativa de Jonathan Smith enquanto instrumento de pesquisa. Esta investigação comporta uma amostra de 6 mulheres mastectomizadas por cancro da mama: 3 sem reconstrução e 3 com reconstrução. Os resultados obtidos evidenciam o seguinte: problemáticas associadas às vivências do corpo (nomeadamente para a amostra sem reconstrução); a influência proporcionalmente directa da corporalidade na vivência da sexualidade; as vivências do corpo e da sexualidade não interferem na vivência do relacionamento conjugal, sendo este apenas dependente do suporte emocional facultado pelo companheiro e do tipo de relacionamento que existia antes do diagnóstico da doença; Quanto à influência da cirurgia estético-reconstrutiva, os resultados comprovam benefícios psicológicos ao nível das vivências do corpo e da sexualidade sendo, contudo, insignificante na vivência do relacionamento conjugal.

Palavras-chave. Estudo qualitativo, corporalidade, vivência da sexualidade, vivência do relacionamento conjugal, cancro da mama

## ABSTRACT

Given the importance of the psychosocial repercussions of the mastectomy, this study intended to inquire the psychological impact of the radical mastectomy in the experiences of the body, the sexuality and the conjugal relationship in women submitted to mastectomy caused by breast cancer. Concomitantly, it looked for to study the influence of the esthetic-reconstructive surgery of the breast(s) in the above-mentioned domains. For the effect, qualitative methodology was used and the Interpretative phenomenological analysis of Jonathan Smith was used as a research instrument. This investigation holds a sample of 6 women submitted to mastectomy caused by breast cancer: 3 without reconstruction and 3 with reconstruction. The gotten results evidence the following: problematic associated to the experiences of the body (nominated for the sample without reconstruction); the proportionally direct influence of the body experience in the sexuality; the experiences of the body and the sexuality do not intervene with the experience of the conjugal relationship, being this only dependant of the emotional support by the companion and of the type of relationship that existed before the diagnosis of the illness; Regarding the influence of the esthetic-reconstructive surgery, the results prove psychological benefits for the level of experiences of the body and the sexuality being, however, insignificant in the experience of the conjugal relationship.

Keywords. Qualitative study, body experience, sexuality, marital relationship, breast cancer.

## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	5
1. O cancro da mama .....	5
1.1. Modalidades terapêuticas e seus efeitos .....	5
1.2. Representações sociais .....	8
1.3. Implicações psicológicas .....	9
2. Cirurgia estético-reconstrutiva da mama.....	14
2.1. Percurso histórico.....	15
2.2. Experiências psicológicas com/sem cirurgia estético-reconstrutiva .....	16
2.2.1. Quanto às modalidades cirúrgicas.....	16
2.2.2. Nas vivências do corpo, sexualidade e relacionamento conjugal...17	17
MÉTODO .....	20
1. Tipo de Estudo.....	20
2. Selecção e caracterização da amostra.....	21
2.1. Processo de Amostragem.....	21
2.2. Local de recolha da amostra.....	22
2.3. Caracterização da amostra.....	22
3. Definição e caracterização do Instrumento... ..	24
4. Procedimentos.... ..	25
4.1. Procedimentos inerentes à construção do guião de entrevista.....	26
4.2. Procedimentos inerentes à recolha da amostra.....	26
4.3. Procedimentos inerentes à análise dos resultados.....	27
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	29
1. Análise das tabelas individuais.....	29
2. Análise e discussão das tabelas comparativas.... ..	46

2.1. Análise dos dados obtidos nas tabelas auxiliares. ....	47
2.2. Análise e discussão dos dados obtidos nas tabelas principais .....	50
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
ANEXOS .....	71
<b>Anexo I.</b> Critérios de Pré-selecção da Amostra.....	72
<b>Anexo II.</b> Guião de entrevista.....	73
<b>Anexo III.</b> Carta de Pedido de Recolha da Amostra .....	76
<b>Anexo IV.</b> Apresentação do Estudo e da sua Autora.....	77
<b>Anexo V.</b> Termo de Consentimento Informado.....	78
<b>Anexo VI.</b> Instrução Inicial .....	79
<b>Anexo VII.</b> Instrução Final.....	80
<b>Anexo VIII.</b> Questionário Sócio-demográfico .....	81
<b>Anexo IX.</b> Entrevista de Justa.....	82
<b>Anexo X.</b> Entrevista de Arminda.....	90
<b>Anexo XI.</b> Entrevista de Helena. ....	95
<b>Anexo XII.</b> Entrevista de Margarida .....	101
<b>Anexo XIII.</b> Entrevista de Olívia .....	107
<b>Anexo XIV.</b> Entrevista de Elisabete .....	113

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Análise individual dos subtemas da entrevistada <i>Justa</i> .....	29
<b>Tabela 2.</b> Análise individual dos subtemas da entrevistada <i>Arminda</i> .....	32
<b>Tabela 3.</b> Análise individual dos subtemas da entrevistada <i>Helena</i> .....	35
<b>Tabela 4.</b> Análise individual dos subtemas da entrevistada <i>Margarida</i> .....	37
<b>Tabela 5.</b> Análise individual dos subtemas da entrevistada <i>Olívia</i> .....	40
<b>Tabela 6.</b> Análise individual dos subtemas da entrevistada <i>Elisabete</i> .....	44
<b>Tabela 7.</b> Tabela geral de subtemas relativos ao tema <i>Processo Saúde - doença</i> .....	47
<b>Tabela 8.</b> Tabela geral de subtemas relativos ao tema <i>Percepções Sobre a Cirurgia</i>	
<i>Reconstrutiva</i> .....	49
<b>Tabela 9.</b> Tabela geral de subtemas relativos ao tema <i>Vivência do Corpo</i> .....	51
<b>Tabela 10.</b> Tabela geral de subtemas relativos ao tema <i>Vivência da Sexualidade</i> .....	55
<b>Tabela 11.</b> Tabela geral de subtemas relativos ao tema <i>Vivência do Relacionamento</i>	
<i>Conjugal</i> .....	58

## INTRODUÇÃO

Ao longo destes últimos anos, o progresso científico constatado em Portugal deu origem, no campo da medicina, ao desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e de novos tratamentos para as diversas doenças existentes. Em consequência, tem-se vindo a assistir ao envelhecimento populacional causado pelo aumento da sobrevivência dos doentes, aumentando também o número de doenças crónicas, o tempo de internamento, o número de recaídas e as patologias psicológicas associadas (Dias, 1997). Desta forma, Amorim e Coelho (1999) referem que foram substituídos os clássicos indicadores de mortalidade e expectativa de vida, por um maior interesse relativo ao bem-estar dos doentes. Por outras palavras, não só é importante que os doentes vivam mais tempo, como também é importante que vivam com mais qualidade de vida sendo, neste contexto e de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde entendida enquanto estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como ausência de doença.

O surgimento de uma doença como o cancro, implica uma adaptação e uma reorganização da vida do sujeito, onde os aspectos psicológicos individuais têm um papel essencial no modo como o indivíduo reage, lida e supera a doença (Barnabé, 1997). Assim, uma importante área no âmbito da psicologia da saúde é a psico-oncologia, ou seja, o estudo das possíveis relações entre variáveis psicológicas e a doença oncológica (Bennett, 2000). De acordo com Sousa (2005), a psico-oncologia pretende identificar variáveis psicossociais e contextos ambientais em que a intervenção psicológica possa ajudar a enfrentar a doença, incluindo quaisquer situações potencialmente causadoras de stress a que pacientes e familiares são submetidos (períodos prolongados de tratamento, terapêutica farmacológica agressiva e respectivos efeitos colaterais, submissão a procedimentos médicos invasivos e potencialmente dolorosos, alterações do comportamento do paciente e riscos de recidiva). A psico-oncologia preocupa-se então com a qualidade de vida da pessoa com cancro, sendo esta entendida, segundo Amorim e Coelho (1999), enquanto satisfação global com a vida e sensação pessoal de bem-estar; e percebida enquanto avaliação subjectiva que o doente faz dos diferentes aspectos da sua vida que estão relacionados e são afectados pela doença, nomeadamente em quatro domínios: funcionamento físico e ocupacional, estado psicológico, interacção social e sensação somática.

Segundo a OMS, o cancro de mama assume-se como a forma de cancro mais comum entre as mulheres onde, para Dias (2002), um em cada quatro casos de cancro corresponde a

cancro da mama. Em Portugal surgem, por ano, mais de 5000 novos casos que para além do sofrimento físico comportam igualmente sofrimento psicológico (Patrão & Ramos, 2005), atingindo mulheres de diferentes faixas etárias e níveis socioeconómicos.

Actualmente, os corpos esbeltos e são são alvos a serem atingidos pelas mulheres com vista a responderem aos padrões de beleza socialmente estipulados. Nesse contexto, importa igualmente reflectir sobre os corpos distantes do padrão de beleza e normalidade - os corpos mutilados, em particular os mastectomizados por reflectirem uma doença - o cancro da mama - que remete para a perda da maioria dos símbolos femininos: seios, cabelos, fertilidade e libido (Garcia, 2006). No entanto e para Beckhauser e Volles (2004), a atenção e os cuidados prestados têm estado predominantemente voltados para os aspectos biológicos, ou seja, estuda-se e cuida-se do órgão doente sendo o indivíduo encarado apenas como o seu portador e não como vivendo um processo saúde-doença complexo e multifacetado - implicando factores biológicos, sociais e psicológicos - que condiciona o seu sofrimento e a sua recuperação/reabilitação. Nesse mesmo sentido, Cardoso e Crawford (2000) postulam que inerentes às doenças crónicas, encontram-se alterações psicológicas, familiares (incluindo problemas de ordem conjugal), sociais, laborais e económicas, que levam a que a desejada intervenção terapêutica, ansiando a melhoria da qualidade de vida dos doentes, tenha que ir para além do tratamento de problemas médicos/biológicos.

Tendo em conta os elevados valores estatísticos relativos à incidência do cancro de mama e a importância/urgência em dar visibilidade aos aspectos psicossociais inerentes ao respectivo processo saúde-doença, considera-se pertinente o enfoque nas consequências psicológicas resultantes da mastectomia radical - remoção cirúrgica da totalidade da mama - indicada no tratamento deste tipo de cancro. Por conseguinte, e uma vez restringido o campo de acção desta investigação, o presente estudo propõe-se a estudar o impacto da mastectomia nas vivências/experiências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal, em mulheres mastectomizadas por cancro de mama. Concomitantemente e neste domínio, procuraremos averiguar qual o efeito da cirurgia estético-reconstrutiva da mama - reconstituição cirúrgica da mama, com vista a obtenção de melhores resultados funcionais e estéticos, após a sua ablação -, ou seja, averiguar a existência ou não, de diferenças quanto ao impacto psicológico da cirurgia ablativa, entre mulheres com e sem cirurgia reconstrutiva. *Será que as mulheres que realizaram a mastectomia, por cancro da mama, experimentam diferentes vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal consoante se submeteram, ou não, à cirurgia estético-reconstrutiva?* Eis a questão a que o presente estudo tenciona responder.

A corporalidade consiste na representação que cada indivíduo tem do seu próprio corpo (imagem corporal/ auto-imagem), construída com base na experiência física com o mundo exterior. Esta representação está relacionada com a aparência física, os aspectos gerais de auto-confiança e com a baixa ou alta auto-estima que cada indivíduo tem; aos quais se juntam factores relacionais, como a forma como os outros nos representam; e factores socioculturais, tais como a moda e os padrões de beleza (Monteiro & Santo, cit. por Amorim, 2006). A vivência da sexualidade é expressa por meio de interações e relacionamentos com indivíduos do sexo oposto e/ou do mesmo sexo; e engloba, para além da dimensão física do acto sexual em si, toda a respectiva dimensão emocional, nomeadamente a que diz respeito à satisfação sexual. Por outras palavras, à sexualidade encontram-se associados uma série de factores psicológicos e socioculturais como, por exemplo, identidade feminina, auto-imagem, pensamentos, sensação de bem-estar consigo mesmo, desejos, ideais e valores (Potter & Perry, cit. por Cunha, 2004). Por sua vez, a vivência do relacionamento conjugal consiste na maneira única, ímpar que o casal escolhe de ser, de interagir e que define a existência conjugal, suas características e limites. Implica compartilhar a intimidade e um grande investimento emocional/afectivo.

Perante o diagnóstico de cancro da mama, a mama doente destaca-se e torna-se indesejada. Contudo, após a sua ablação e inicialmente a mulher aceita o seu novo corpo porque se sente “livre” da doença; mas, recuperada da cirurgia passa a rejeita-lo. Nesse contexto, esconder o seu corpo mutilado da família ou do companheiro e da sociedade é uma forma de silêncio que a protege do olhar externo. Deste modo, a feminilidade destas mulheres fica comprometida, isto porque, em vez de serem objecto de orgulho e sedução, as mamas passam a ser motivo de vergonha (Garcia, 2006). Posto isto, facilmente se compreende que tanto a vivência do corpo, da sexualidade como do relacionamento conjugal são de natureza psicossocial e influenciados pelo modo como a mulher mastectomizada percebe a sua situação. Amorim (2006) define percepção enquanto construção pessoal que a pessoa faz acerca do mundo que a rodeia, isto é, “vejo o mundo como eu sou e não como ele é”. Posto isto, para se compreender o sentido que uma mulher atribui a sua condição de mastectomizada é necessário entender os motivos que dão sentido à sua existência enquanto mulher na sociedade. Importa portanto pesquisar quais os significados atribuídos às suas experiências, os comportamentos que adoptam em relação a si e aos outros, e os sentimentos que vivenciam. A investigação qualitativa e fenomenológica revela-se apropriada para estudos que incidem sobre a descrição das vivências de pessoas únicas, com experiências próprias e enquadradas

num determinado contexto específico, daí se ter optado pela Análise Fenomenológica Interpretativa de Jonathan Smith, enquanto instrumento de pesquisa.

Por fim, e atendendo a organização estrutural do presente trabalho, no capítulo da fundamentação teórica seguidamente apresentado, serão expostas as evidências empíricas relativas às vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal em mulheres mastectomizadas por cancro da mama com e sem cirurgia estético-reconstrutiva. Posteriormente no capítulo do método serão relatado todos os procedimentos, bem como a análise e discussão dos resultados, da presente investigação. Por último, serão apresentadas as considerações finais do estudo.

## **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **1. O cancro da mama.**

Actualmente a medicina ainda detêm muitas incertezas acerca da origem, curso natural e tratamento do cancro, assim como da sua prevenção ou controlo, daí se privilegiar a prevenção secundária, procurando alcançar a doença num estágio precoce de desenvolvimento (Trill, 2002). A falta de explicações científicas concretas provoca na população muitas dúvidas pelo que “viver na incerteza é o principal desafio enfrentado por qualquer pessoa que recebe o diagnóstico de cancro e por aqueles que com ela se relacionam, pois o cancro não é apenas uma doença, mas representa um dos maiores medos da humanidade” (Vitória Herzberg, cit. por Figueiredo, 2007). Não obstante, para Ogden (2004) e de forma redutora, o cancro origina-se a partir de uma célula com informações genéticas incorrectas que se reproduz, num crescimento incontrolável, em outras células igualmente anormais. Ao aglomerado dessas células imperfeitas denomina-se tumor. Nos casos em que a doença se agrava sucede-se um processo, designado metástases, em que as células malignas separam-se do tumor primário e disseminam a doença, ao deslocarem-se para outras partes do corpo.

#### **1.1. Modalidades terapêuticas e seus efeitos.**

As modalidades terapêuticas existentes para o tratamento do cancro da mama são, para o tratamento sistémico, a hormonoterapia - alguns tipos de cancro da mama dependem do estrogénio para o seu desenvolvimento, daí a aplicação de terapias hormonais - e a quimioterapia; e, para o tratamento local, a radioterapia - utilizando raios X, de elevada energia electromagnética, que destroem eventuais células malignas que tenham permanecido após a remoção do tumor, impedindo o seu crescimento e conseqüente reaparecimento local - e a remoção cirúrgica do tumor (tumorectomia / cirurgia conservadora da mama) ou da mama (mastectomia), com vista a um maior sucesso de curas e melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Quando não existe possibilidade de cura, recorre-se ao tratamento paliativo para o alívio de sintomas, principalmente a dor, procurando melhorar a qualidade de vida do paciente evitando uma morte excessivamente dolorosa.

Nos casos em que o tumor já se encontrar num estágio avançado, o tratamento inclui, geralmente, a mastectomia e a quimioterapia pelo que, e tendo em conta os objectivos da presente investigação, serão aqui destacadas essas duas modalidades terapêuticas.

A quimioterapia consiste na utilização de fármacos para “destruir” as células cancerígenas agindo, para o efeito, sobre a síntese de proteínas essenciais à reprodução celular, de forma mais intensa nas células tumorais do que nas células normais. Os fármacos podem ser administrados oralmente, sob a forma de comprimidos, ou através de uma injeção intravenosa, na veia. Em qualquer das situações, os fármacos entram na corrente sanguínea e circulam por todo o organismo - terapêutica sistémica - procurando, pelo menos, desacelerar o crescimento (multiplicação desordenada) das células cancerígenas que possam ter metastizado, para além do tumor primário.

A sua administração é, geralmente, feita por ciclos de tratamento repetidos de acordo com uma regularidade específica, facultando-se assim um período de descanso/recuperação entre ciclos. Devido à sua influência nas células normais, a quimioterapia provoca efeitos colaterais desagradáveis, sendo os mais comuns: a queda de cabelo e pêlos do corpo (geralmente temporário, sendo o processo de nascimento do cabelo e pêlos reiniciado logo após o término do tratamento); problemas cutâneos; a falta de apetite, náuseas, vômitos e diarreia; a infertilidade temporária ou permanente e secura vaginal.

Os efeitos colaterais da quimioterapia, sobretudo a queda de cabelo, provocam muito desconforto físico e emocional e podem atingir negativamente a imagem corporal e auto-estima das mulheres, que a ela se submetem, levando ao constrangimento, ao isolamento social e a depressão (Figueiredo, 2007). De acordo com Carqueja, Ferreira, Rebelo e Rolim (2007), a quimioterapia pode ainda afectar negativamente a função sexual e a libido da mulher, não só devido ao impacto na imagem corporal como também, devido ao facto de interferir com a produção de hormonas sexuais provocando alterações fisiológicas (ex: coito doloroso e diminuição da excitação sexual) que dificultam a mulher atingir o prazer e o orgasmo numa relação sexual. Pode ainda provocar infertilidade permanente, o que para a mulher jovem e sem filhos é muito problemático.

Por sua vez, a mastectomia consiste na remoção cirúrgica da glândula mamária, do mamilo e da auréola, assim como da pele necessária, de acordo com a localização do tumor e, ainda, dos gânglios linfáticos da axila do lado afectado (Bruges & Meneses, 2006); pormenorizadamente e para Rey (1999, cit. por Sousa, 2005) a mastectomia define-se por:

Ablação cirúrgica da glândula mamária, como um dos principais recursos no tratamento das neoplasias malignas desse órgão. Dependendo do tipo, idade e condições da neoplasia, diferentes modalidades são empregadas: **a)** mastectomia subcutânea, excisão dos tecidos mamários, conservando o mamilo, a aréola e a pele, seguida em geral de colocação de uma prótese; **b)** mastectomia simples ou total, consistindo em excisão da glândula, inclusive mamilo, aréola e grande parte da pele envolvente; **c)** mastectomia radical (ou operação de Halsted), como a anterior, porém incluindo a remoção dos músculos peitorais maior e menor e dos tecidos linfáticos até os linfonodos axilares; **d)** mastectomia radical modificada, como a anterior, porém preservando os músculos peitorais; **e)** mastectomia radical estendida, que abrange pele, mamilo, aréola, tecido glandular linfático até os linfonodos axilares, músculos peitorais e a cadeia mamária interna de linfonodos (p. 487).

Uma das complicações que costuma atingir as mulheres submetidas à mastectomia é o linfedema que se manifesta fisicamente num inchaço exacerbado do braço no lado operado, isto porque, estas intervenções cirúrgicas (dependendo da modalidade e da extensão) removem nódulos ou danificam vasos linfáticos, que conseqüentemente prejudicam o transporte do fluído linfático. Esse líquido acumula-se nos espaços intersticiais dos tecidos em redor do local operado (ex: braço do lado afectado), podendo causar vergonha devido a alteração estética do corpo, incómodo, dores no braço e diminuição da sua funcionalidade; prejudicando assim, a realização de tarefas diárias em casa e no trabalho. (Garcia, 2006).

Cada vez mais os tratamentos especializam-se na intenção de minimizar os efeitos colaterais da mastectomia. Conservar o máximo da mama, durante a cirurgia, e reconstruí-la imediatamente ou posteriormente com o máximo de precisão são hoje, tal como postula Garcia (2006), questões prioritárias no discurso e na prática médica, cada vez mais preocupada com a estética do corpo feminino. Atendendo à etapa de desenvolvimento da doença, no momento do diagnóstico de cancro de mama, os factores responsáveis pelo diagnóstico tardio são: a pobreza de sinais e sintomas no início da doença; o medo de que o tratamento seja mutilador; a falta de informações sobre o auto-exame mensal da mama; e a falta de hábito de consultar periodicamente um ginecologista (Cunha, 2004; Sousa 2005). Neste contexto, sublinha-se a importância da detecção precoce do cancro de mama, com vista a minimizar os efeitos da doença e aumentar a probabilidade de sobrevivência e cura.

## 1.2. Representações sociais.

Devido à grande generalização do seu significado, o conceito de cancro causa muita confusão e é muitas vezes interpretado como sinónimo de morte iminente, dor e sofrimento; e ainda, como um tratamento drástico, negativo e, quase sempre, com efeitos colaterais desagradáveis (Amorim, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Dóro, Pasquini, Medeiros, Bitencourt & Moura, 2004; Lopes, Shimo, & Vieira, 2007). Tais representações resultam da ancoragem do cancro ao estigma de épocas em que o seu tratamento ainda não existia (de algo que ataca do exterior e não há como controlá-lo), bem como, por ainda se constituir numa das principais causas de morte, entre as doenças crónicas, apesar do número crescente de sobreviventes. Trill (2002) vai mais longe afirmando que o cancro mantém-se uma doença temida em todas as sociedades, ou seja, a associação do cancro ao sofrimento, dor e morte ultrapassa as barreiras geográficas e culturais.

A representação da doença oncológica é, portanto, fortemente influenciada por factores socioculturais e condiciona as percepções que os indivíduos têm sobre o seu estado de saúde (Figueiredo, 2007). Por esse motivo, o cancro, ao ser subjectivamente interpretado enquanto uma das doenças que mais ameaça a integridade física das pessoas, causa um impacto profundo no modo como os doentes se percebem e percebem o ambiente que os rodeia. O autor acrescenta ainda que, a forma como cada doente percebe a doença depende também das condições de vida em que o doente se encontra no momento do diagnóstico (se é solteiro ou casado, se tem filhos ou não, a idade e situação profissional, etc.) e das experiências vividas no passado com familiares ou pessoas significativas que tenham vivido situações semelhantes (se morreram ou se curaram, se sofreram com os tratamentos ou não, etc.). Quanto ao período da vida em que o doente toma conhecimento do diagnóstico, os mais jovens experienciam problemas relacionados com a ameaça à sua carreira, sexualidade e família; por sua vez, as pessoas mais idosas geralmente receiam tornar-se dependentes durante o curso da doença, relacionando-a com a morte a curto prazo. Respeitante às experiências passadas, os doentes que vivenciaram anteriormente esta doença entre pessoas da sua convivência e obtiveram resultados positivos tendem a encarar a sua doença, e consequente tratamento, de forma mais positiva; enquanto os doentes que vivenciaram o insucesso e observaram o sofrimento e morte dos seus familiares ou amigos tendem a encarar a sua doença de forma mais pessimista.

Relativamente às representações associadas especificamente ao cancro da mama, elas dependem ainda das representações e do investimento afectivo de que o órgão - a mama - é

objecto (Hacpille, 2000). Na sociedade actual existe o predomínio do culto ao corpo feminino perfeito - saudável, belo e sedutor. Neste contexto, o mundo contemporâneo encara as mamas perfeitas enquanto objecto de desejo, prazer e alvo de beleza a ser alcançado; ou seja, o seio feminino desempenha um importante papel ao nível da imagem corporal, da atractividade física e do desejo sexual (Almeida, 2006; Amorim, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Cunha, 2004). Salienta-se ainda, e tal como defendem Beckhauser e Volles (2004), que o cancro da mama ocorre num indivíduo em concreto, e não num órgão isolado, daí não ser possível ignorar a integração psicossocial da doente e de ser uma experiência vivenciada de maneira diferente de mulher para mulher. A idade, o sentido que cada mulher dá ao seu corpo e particularmente às mamas, o tipo de cultura onde vive e o tipo de relações estabelecidas são aspectos importantes para se compreender as suas vivências “a representação e vivência das mamas não são as mesmas numa adolescente, numa jovem casada ou solteira, numa pessoa de maior idade, numa mulher que amamenta ou não, etc.”. Na revisão de literatura sobre quais os pensamentos e os sentimentos mais comuns experimentados pelas mulheres depois do diagnóstico de cancro da mama de Lopes, Shimo, e Vieira (2007) conclui-se igualmente que as experiências relacionadas ao cancro da mama têm um âmbito muito individual, tendo representações diferenciadas para cada mulher.

### **1.3. Implicações psicológicas.**

O diagnóstico de cancro repercute-se, na maioria das vezes, numa alteração do equilíbrio psicológico (Almeida, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Ferreira & Mamede, 2003;) onde os doentes falam do “antes” e do “depois” da doença. Por vezes, as mudanças convertem-se numa vida não satisfatória para os mesmos - originando uma profunda crise pessoal, familiar e social (Amorim, 2006; Estapé, 2002). No entanto, noutros doentes verifica-se um processo contrário, onde a doença supõe uma revisão de vida para o doente e leva-o a valorizar as coisas de outra forma, mais satisfatória (Estapé, 2002). Todavia, Carvalho (2002) defende que a maioria dos pacientes vivenciam diversas problemáticas relacionadas com o diagnóstico e o tratamento de cancro onde se evidenciam as seguintes: a intra-psíquica (sintomas e sentimentos de ansiedade, depressão, medo, raiva, revolta, insegurança, perdas, desespero, mudanças de humor e de esperança), a social (gera isolamento, mudança de papéis, perda do controle e perda de autonomia) e a relacionada ao tratamento (dor, mutilações e efeitos colaterais). Não obstante, as reacções emocionais que as doenças oncológicas produzem nos doentes dependem ainda do órgão que é afectado. Um diagnóstico de cancro da

mama provoca reacções e respostas psicológicas específicas, geralmente associadas a mudanças na identidade da mulher independentemente da faixa etária em que se encontra a doente (Lopes, Shimo, & Vieira, 2007).

A mama constitui-se, tal como referido anteriormente, num símbolo corporal da maternidade, feminilidade, sexualidade e beleza, logo, a sua perda geralmente afecta negativamente a imagem corporal e auto-estima das mulheres (Almeida, 2006; Amorim, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Ferreira & Mamede, Lopes, Shimo, & Vieira, 2007; 2003; Pikler & Winterowd, 2003), acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição, nomeadamente para as quais a aparência é muito investida. Neste contexto, e inerente ao medo da rejeição por parte do outro surge o sentimento de vergonha, percebido como um momento de catástrofe psíquica em que o indivíduo é desnudado em alguma imperfeição, que reforça o silêncio e o segredo na esfera privada - o isolamento social (Andrade & Duarte, 2003; Beckhauser & Volles, 2004; Garcia, 2006). Às perdas narcísicas associadas à cirurgia ablativa somam-se ainda os efeitos colaterais adversos da quimioterapia (ex: queda de cabelo, secura vaginal, etc.) que agravam o flagelo provocado na imagem corporal e líbido das mulheres mastectomizadas; por outras palavras, assiste-se ao grave comprometimento das representações do corpo feminino sadio e sedutor quando à perda da(s) mama(s) se junta a queda do cabelo. Acrescenta-se ainda que, perante a alteração negativa da imagem corporal, a diminuição da auto-estima e os sentimentos de vergonha associados, torna-se frequente a presença de depressão nesta população (Almeida, 2006).

Amorim (2006) realizou um estudo qualitativo sobre as percepções e sentimentos das mulheres mastectomizadas face às alterações da sua imagem corporal onde todas referiram diminuição da auto-confiança e auto-estima (“não consigo olhar-me ao espelho ...como fazia antigamente.”). O comprometimento da imagem corporal materializou-se na expressão de sentimentos de lamento (“Gostava de ir à praia ou à piscina e agora perdi a vontade ...tenho receio e não me sinto bem...”), vergonha (“nunca mais consegui vestir-me e despir-me em frente do meu marido”) e profunda tristeza (“Não sei o que pareço sem este lado, nem me apetece arranjar-me...”), levando-as a alterar hábitos de vida (“Gostava de usar decotes, agora evito-os...Não me sinto bem comigo mesma se o fizer...”).

No estudo qualitativo de Ferreira e Mamede (2003) sobre as representações que as mulheres mastectomizadas têm do seu corpo verificou-se que estas o representam mutilado (“Sinto-me estranha, sinto falta da mama quando me olho ao espelho”; “Quando tiramos a roupa e vemos que estamos sem a mama, é duro”). Experimentaram ainda sensações de impotência (“não há forma de fugir do cancro, nem mesmo da cirurgia”), dor e limitação

“Sinto-me torta, com dificuldades para andar”; “Quando voltei para casa deparei-me com o problema de não conseguir fazer todos os serviços domésticos”). Contudo, e decorrido algum tempo após a cirurgia, as mulheres deparam-se com a necessidade de se conformarem com a realidade (“Acabamos por nos acostumar pois também não podemos fazer nada” “já não sou jovem, não tenho marido, então está bom”) e de se ajustarem a nova imagem corporal (“Com a prótese, senti-me novamente mulher”). Figurou-se igualmente presente nesta amostra a necessidade de recuperar o espaço corporal perdido através da cirurgia plástica (“Não consigo parar de pensar na plástica”).

Perante as dificuldades em lidar com o próprio corpo, as mulheres mastectomizadas sentem-se menos femininas, fisicamente menos atractivas e sexualmente repulsivas (Amorim, 2006), sendo frequente o evitar de se olharem e se mostrarem, de se tocarem e serem tocadas - evitam os contactos sexuais (Almeida, 2006; Carver et al., 1998; Garcia, 2006). O evitamento dos contactos sexuais pode dever-se à vergonha que a mulher mastectomizada sente em se mostrar mutilada perante o companheiro sexual (Beckhauser & Volles, 2004); à perturbação do erotismo quando existe prestação de cuidados por parte cōnjuge (Cardoso & Crawford, 2004); e à presença de depressão e ansiedade, decorrentes da doença e seus tratamentos, que ocasiona a diminuição do impulso e da excitação sexual (Estapé, 2002). Resumindo e para a maioria dos casos, a diminuição da auto-estima e libido, decorrentes da mutilação, afecta a sexualidade das mulheres mastectomizadas (Almeida, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Carqueja et al., 2007; Cash & Pruzinsky, 2002; Estapé, cit. por Patrão & Ramos, 2005; Romanek et al., cit. por Gouveia, Palhinhas & Tapadinhas, 2006) em que segundo Auchincloss (1990), a falta de desejo sexual pode durar um ou mais anos após o tratamento. Não obstante, outros estudos efectuados neste âmbito, revelaram resultados contraditórios, tal como o estudo de Schover (1991, cit. por Patrão & Ramos, 2005) onde divulga que apenas uma minoria dos casais apresenta disfunções sexuais significativas.

No estudo qualitativo de Andrade & Duarte (2003) sobre questões ligadas à sexualidade em mulheres mastectomizadas verificou-se que estas apresentam algumas limitações e dificuldades em lidar com situações que envolviam a exposição do próprio corpo. No entanto, apesar dos temores, algumas mulheres produziram diversos modos de (re)significarem e expressarem a sua sexualidade de forma potencializadora para suas relações quotidianas. Na análise da categoria “ Eu e o meu corpo” salientaram-se as dificuldades em lidar com o próprio corpo no período pós-mastectomia, nomeadamente quando confrontadas com o espelho, onde se fizeram presentes muito sofrimento e sentimento de estranheza (“Quando trocava de roupa ficava sempre de costas para o espelho porque não suportava

observar o meu corpo. Além disso, não me conseguia tocar de forma alguma”; “sente-se medo em olharmo-nos ao espelho porque a imagem assusta, estamos deficientes.”). Contudo, uma das entrevistadas relatou que, ao ver a sua imagem no espelho, a sua maior preocupação não foi com a perda da mama mas com a perda do cabelo, consequência da quimioterapia, por ser mais difícil de esconder. Relativamente à alteração na percepção do próprio corpo denotou-se insatisfação e a não aceitação da perda da mama gerando sentimentos de auto-depreciação (“Antes era uma pessoa mais alegre, gostava de me divertir, de namorar e de fazer novas amizades. Hoje, considero-me uma pessoa triste e impaciente”; “A cirurgia abalou a minha estrutura emocional, desde então sinto-me nervosa, tensa, irritada, já não sou como era antes”; “Após a cirurgia passei a evitar o uso de roupas decotadas e as idas a praia por ter vergonha do meu corpo”). Na análise da categoria “Eu e o olhar do outro” foram notórias as dificuldades sentidas na retomada da vida social após a mastectomia: os contactos sociais passaram a despertar uma série de fantasias e medos fazendo com que até mulheres mais sociáveis se tornassem reservadas.

No estudo de Lim (1995, cit. Por Andrade & Duarte, 2003) realizado em Singapura sobre o desempenho sexual de 20 mulheres mastectomizadas os resultados demonstraram que 9 dessas mulheres apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na frequência de relações sexuais. Nesse grupo foram identificadas mudanças no comportamento sexual em que as mulheres evitavam de se despirem diante dos companheiros e serem tocadas por eles, bem como, a utilização de sutiã e camisa durante as relações sexuais.

Num contexto em que a mulher se encontra psicologicamente vulnerável, o cancro da mama mobiliza o contexto familiar, nomeadamente o companheiro, para lhe proporcionar suporte emocional. Assim, e de acordo com a revisão de literatura efectuada por Aldrighi, Conde, Júnior e Pinto-Neto (2006) sobre o relacionamento conjugal de mulheres com cancro da mama, o cônjuge fica muitas vezes responsável por facultar a maior parte do suporte emocional necessário a mulher quando ele próprio se encontra a vivenciar um acontecimento psicologicamente stressante. Por esse motivo, depressão, alterações do sono, dificuldades no ambiente de trabalho e disfunções sexuais são por vezes referidas pelos cônjuges até porque, e tal como postula Figueiredo (2007), o próprio diagnóstico de cancro facilmente provoca um estado de desequilíbrio na relação conjugal - pois altera planos de futuro, a organização da vida quotidiana e os padrões de interacção entre as pessoas - tornando os conflitos maiores e de resolução mais difícil. Afunilando o espectro, o relacionamento conjugal apresenta-se geralmente correlacionado positivamente com a satisfação sexual, ou seja, o

comprometimento da sexualidade repercute-se negativamente na relação com o companheiro – (Amorim, 2006). Contudo, os resultados são controversos pois existem alguns estudos que verificaram uma correlação negativa (Andrade & Duarte, 2003), provavelmente explicada por uma maior aproximação do casal perante a possibilidade de perda do objecto amado. Conclui-se então que o parceiro tanto pode ser fonte de suporte como de stress adicional, dependendo da qualidade do relacionamento do casal, pelo que facilmente se entende que mulheres com cancro da mama não pareçam vivenciar mais separações ou crises conjugais do que aquelas que não confrontaram a doença (Aldrighi, Conde, Júnior e Pinto-Neto, 2006).

Na análise da categoria “Relacionamento amoroso”, do estudo de Andrade & Duarte (2003) acima supracitado, onde os relatos se referem ao comportamento do companheiro em relação à doença (apoio, compreensão, rejeição), às alterações positivas ou negativas no relacionamento afectivo do casal e à avaliação da vida sexual do casal antes e depois da mastectomia, a maioria das mulheres relatou que se aperceberam de algumas mudanças quando retomaram o relacionamento com o parceiro. No entanto, essa preocupação só surgiu após os períodos de diagnóstico e tratamento pois durante esse período estavam mais preocupadas em lutar pela sua sobrevivência. Uma das entrevistadas relatou que ao retomar a sua vida sexual sentiu muita diferença receando, por isso, que o marido não a aceitasse mais. Após ter efectuado a cirurgia reconstrutiva, não permitia que o marido lhe tocasse na mama reconstruída, durante a relação sexual, porque se sentia incomodada por ter perdido a sensibilidade, mas que ele foi muito compreensivo e que não se importou com as mudanças que ocorreram. Outra mulher referiu que, antes de realizar a reconstrução da mama, durante a relação sexual usava uma camisola para esconder a parte operada e que isso a incomodava muito, mas que no entanto o seu marido não se importou com essas limitações e que a sua relação melhorou muito após a doença porque o seu marido tornara-se mais atencioso, afectuoso, compreensivo e companheiro (“Eu não tirava a camisola de interior ... ele tocava no seio normal porque aqui não tinha nada para ele tocar, era liso... mas ele via isso como uma coisa normal, para ele não mudou nada, não fez diferença nenhuma”). Um terceira entrevistada acrescentou que, antes de se relacionar com alguém, o informa previamente que não quer expor a sua cicatriz, por isso só tem relações sexuais utilizando a prótese. Ressaltou ainda que é desconfortável ficar de sutiã durante a relação sexual mas que isso não a impede de ter prazer pois encontrou formas de ultrapassar as suas limitações (“Eles não se incomodam com o facto de eu não tirar o sutiã ... e eu também comprou roupa de interior bonita, assim não há problema... além disso o outro seio é normal, se ele quiser beijar, tem o outro seio”). Desta forma o estudo concluiu que as mulheres mastectomizadas associam a

sexualidade ao aspecto genital, sentem-se inibidas durante as relações sexuais e tentam ocultar a mama mutilada.

Por fim, e em detrimento das implicações psicológicas do cancro da mama e seus tratamentos, a mulher mastectomizada procura reabilitar-se adaptando-se à sua nova imagem corporal. No alcance dessa adaptação, a mulher procura reconstruir uma imagem corporal positiva (dentro das suas limitações) recorrendo, para o efeito, ao uso de próteses ou a cirurgia estético-reconstrutiva (Potter & Perry, cit. por Cunha, 2004).

## **2. Cirurgia estético-reconstrutiva da mama.**

As mulheres submetidas a cirurgia ablativa da mama sofrem um impacto emocional intensamente perturbador devido à privação de um órgão, a mama, cujo simbolismo remete para a identidade feminina da mulher. Neste âmbito, a reconstrução da mama (RM) contribui para a melhoria da componente estética relativa a deformação corporal provocada pela cirurgia ablativa e, conseqüentemente, para a diminuição dos transtornos emocionais e psicológicos decorrentes da mutilação que, por sua vez, remetem para uma melhor qualidade de vida e um processo de reabilitação menos traumático (Constant, van Wersch, Menke-Pluymers, Tjong Joe Wai, Eggermont, & Van Geel, 2004; Cunha, 2004). Garcia (2006) acrescenta que a escolha pela realização da RM pode ser devida a motivos diferentes: para se sentirem menos mutiladas e mais femininas e/ou para evitar o incómodo do uso diário das próteses mamárias. Contudo, as causas da insatisfação perante a RM podem ser múltiplas e o grau de satisfação não se encontra a altura do que a qualidade dos resultados permitiria esperar; isto porque, a variável satisfação estética encerra em si uma grande complexidade: ela é não só determinada pelos resultados objectivos da cirurgia, como também, pelo estado psicológico da paciente (Chompret & Missana, 2007; Oiz, 2005). Assim, a RM deve pautar-se na avaliação da qualidade de vida das mulheres que a procuram, dado que, se revela essencial incluir, entre outros aspectos representativos, as motivações das mulheres para a realização de tal procedimento (Vianna, 2004). Desta forma se compreende que algumas mulheres não se querem sujeitar a RM por esta provocar medos e lembranças dolorosas que ultrapassam a vontade de se livrarem das próteses e de se sentirem mais bonitas e sedutoras (“estou viva, não quero passar por tudo de novo”), uma vez que, para elas a RM não é uma prioridade, nem mesmo um desejo, mas sim é um risco de vida (“estar viva já um milagre”).

## 2.1. Percurso histórico.

Actualmente, e relativamente a cirurgia estético-reconstrutiva da mama, existem diferentes técnicas de cirurgia plástica à disposição da mulher mastectomizada, tais como: o implante artificial de silicone; a solução salina ou a reconstituição com retalhos de músculos (abdominal ou grande dorsal); sendo necessária uma escolha apropriada dependendo de cada caso (Almeida, 2006). A reconstrução da mama pode ainda ser realizada logo após a cirurgia ablativa (reconstrução imediata), ou em outro momento (reconstrução diferida), de acordo com a indicação médica. Acrescenta-se que, e quanto ao seu percurso histórico, a cirurgia estético-reconstrutiva da mama não é uma investigação de tratamento médico recente, logo importa aqui apresentar, de forma sintética, o seu percurso histórico.

Para Souza (2007), a cirurgia plástica é uma das mais antigas práticas cirúrgicas, sendo que o primeiro relato de cirurgia mamária está datado de 1669, pelo cirurgião Durstand, onde é perceptível a preocupação de preservar uma estética local aceitável. No final do século XIX, os avanços na medicina, como o controle da dor e da infecção, proporcionaram importantes avanços cirúrgicos, que associados à sua aplicação na recuperação dos inúmeros mutilados das 1ª e 2ª Guerras Mundiais, levaram a que, no início do século XX, a cirurgia plástica se estabelecesse como especialidade própria.

Em 1889 William Halsted realizou a primeira mastectomia radical como uma forma agressiva de controlar cirurgicamente o cancro da mama (Escudero, 2005). Contudo, até à segunda metade do século XX alguns factores, tais como o preconceito religioso e sócio-cultural de que a cirurgia plástica intervinha nos desígnios de Deus, a permanência do conceito de radicalidade da mastectomia e o temor de que a cirurgia plástica pudesse prejudicar o tratamento, limitaram o desenvolvimento da reconstrução cirúrgica da mama (Escudero, 2005; Souza, 2007).

Na segunda metade do século XX, e paralelamente aos avanços do tratamento do cancro da mama, a cirurgia plástica dá duas grandes contribuições que propiciaram uma mudança radical no tratamento das perdas mamárias. A primeira contribuição foi dada por Thomas Cronin e Frank Gerow, em 1964, com a apresentação do implante de silicone (ainda hoje utilizado) e a segunda ocorre, no final dos anos 70, com o desenvolvimento de novos enxertos cutâneos, possibilitando uma maior autonomia para a transferência de grande quantidade de tecido, de uma região distante do corpo para outra região que necessitasse ser reconstruída. Estas duas contribuições permitiram assim, e utilizadas em conjunto, corrigir os

defeitos das grandes perdas de volume e tecido da mama, após mastectomia, consolidando-se mundialmente uma nova fase dentro da cirurgia plástica.

De acordo com Mathes e Nahai (s/d, cit. por Souza, 2007) a história da cirurgia reconstrutiva da mama moderna, com técnicas mais aprimoradas e em larga escala, teve início há apenas 30 anos e continua em desenvolvimento. Escudero (2005) defende isso mesmo, postulando que actualmente disponibilizam-se, à mulher mastectomizada, cirurgias estético-reconstrutivas da mama de configurações variadas (ex: implante artificial de silicone, solução salina ou reconstituição com retalhos de músculos - abdominal ou grande dorsal) procurando uma reconstrução o mais natural possível. Por outro lado, estudos sobre as aplicações potenciais da engenharia de tecidos na reconstrução da mama, investigam as possibilidades de produzir tecido adiposo para restaurar o volume mamário perdido.

## **2.2. Experiências psicológicas com/sem cirurgia estético-reconstrutiva.**

### **2.2.1 Quanto às modalidades cirúrgicas.**

Relativamente ao procedimento cirúrgico em si, e tal como supracitado, a reconstrução da mama pode ser feita de forma imediata (aquando da mastectomia) ou diferida (após um determinado intervalo de tempo). Neste contexto, importa referenciar alguns estudos sobre as implicações psicológicas da reconstrução imediata da mama (RIM) e da reconstrução diferida da mama (RDM), numa perspectiva comparativa.

Na revisão de literatura efectuada por Oiz (2005), a RIM assume-se actualmente como o método mais utilizado e mais sugerido nos centros hospitalares por dispensar, ao contrário da RDM, a necessidade de uma segunda operação, a confrontação com a mutilação aquando da sua espera e a utilização de prótese(s) externa(s). Desta forma, a RIM reduz a presença de problemas emocionais (ex: ansiedade, depressão e perda de auto-estima). Não obstante, a reconstrução diferida mantém a paciente à espera de realizar o procedimento reconstrutivo durante um período de tempo, pelo que este atraso permite que os tecidos conservados após a mastectomia se normalizem (recuperando da fase inflamatória) reduzindo assim, a predisposição par o desenvolvimento de complicações cirúrgicas.

### **2.2.2 Nas vivências do corpo, sexualidade e relacionamento conjugal.**

Tendo em conta que a presente investigação procura averiguar se as mulheres mastectomizadas por cancro da mama experimentam diferentes vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal consoante se submeteram, ou não, à cirurgia estético-reconstrutiva, torna-se fundamental referenciar alguns estudos sobre as implicações psicológicas da RM.

Vários são os estudos que testemunham menor morbidade psicológica e melhoria da qualidade de vida (melhor auto-estima, imagem corporal, sentido de feminilidade e relacionamento sexual, maior expressão de atitudes positivas e satisfação com a aparência e menos depressão) nas mulheres mastectomizadas que se submeteram a RM, comparativamente as que apenas se ficaram pela cirurgia ablativa (Constant et al., 2004; Vianna, 2004).

Na revisão de literatura levada a cabo por Oiz (2005) constata-se que a RM se estabelece como crucial na reabilitação das mulheres mastectomizadas porque permite recuperar uma imagem corporal adequada, evita a perda de auto-estima e impede que as emoções negativas se apoderem do estado de ânimo e se tornem crónicas, num momento em que tais emoções poderiam interferir negativamente no restabelecimento da saúde; em suma, contribui para o restabelecimento do equilíbrio psicológico alterado pela realização da mastectomia. A importância da RM tem sido investigada em diferentes estudos que confirmam a associação existente entre a sua realização e respectiva elevada satisfação, de tal forma que, a maioria das mulheres submetidas a reconstrução da mama voltaram às suas actividades quotidianas e mantém uma elevada auto-estima. A RM cumpre igualmente um papel relevante no fortalecimento da relação afectiva e sexual com o parceiro, levando assim, a uma melhoria do relacionamento conjugal.

Debruçando-nos sobre a investigação qualitativa, no estudo realizado por Elder et al., (2005) foi avaliada a qualidade de vida antes e depois da mastectomia com reconstrução imediata da mama onde se concluiu que estas mulheres experienciaram uma significativa melhoria na qualidade de vida 1 ano após a cirurgia, atingindo níveis comparáveis com os da população normal. As razões para a reconstrução prenderam-se com questões práticas (ex: evitar o uso de uma prótese externa) e emocionais (ex: manutenção da auto-estima) e não tanto, como desejo de melhorar o relacionamento conjugal ao nível da sexualidade. A maioria das mulheres ficou satisfeita com os resultados gerais e moderadamente satisfeitas com o resultado estético pelo que, e embora 1 ano após a cirurgia reconstrutiva as pontuações sejam

equivalentes às da população normal e que a grande parte das mulheres se encontre satisfeita com o resultado, se deve ter em conta que os resultados da reconstrução imediata da mama podem não serem os ideais, de uma perspectiva estética.

Souza (2007), no seu estudo qualitativo sobre os significados atribuídos à reconstrução da mama, constatou-se que embora nos dois grupos (com e sem cirurgia estético-reconstrutiva) o adoecimento por cancro da mama esteja carregado de muita tensão emocional (com sentimentos de morte, raiva, rejeição e impotência), quer pelo significado “do adoecer por cancro” como pela mutilação física da mama, o sentimento de superação e esperança encontra-se bastante presente no grupo que reconstruiu a mama, enquanto que nas mulheres sem reconstrução a carga emocional é mais intensa e impregnada de sentimentos negativos, muita das vezes em estado bruto, isto é, ainda pouco elaborados. O autor refere que a adesão a RM dá-se, na maioria das vezes, pela perspectiva de superação do problema e recuperação da auto-estima, onde o principal sentido atribuído é o da reintegração ao meio social e pessoal - “retorno à vida”. Em contrapartida, no grupo que não realizou a RM, as pacientes assumiram uma posição passiva e de pouca pro-actividade na reintegração ao meio social e pessoal. Assim, o principal sentido atribuído à RM é o da reabilitação frente ao meio social e à vida, bem como, uma forma de compensação pelas privações e estigmas decorrentes da mastectomia, tais como a impossibilidade de usar decote ou a vergonha de se exporem. Neste sentido, nas narrativas das pacientes submetidas a RM são frequentes os sentimentos de valorização do corpo, de sentir-se bem e de optimismo, em oposição ao outro grupo, onde se evidencia muita tristeza, medo do futuro e medo em relação ao desfecho do tratamento. O principal motivo para a adesão à RM é o anseio de voltarem a se sentirem “inteiras”, onde a recuperação da imagem corporal e da auto-estima é, sem dúvida, a razão predominante.

No estudo realizado por Vianna (2004), combinando metodologia qualitativa com metodologia quantitativa, avaliou-se a presença de ansiedade e depressão antes e após a RM, em mulheres mastectomizadas por cancro da mama, bem como aspectos psicossociais relacionados à mastectomia e à RM. A avaliação demonstrou sofrimento psicológico antes e após a RM (os dados obtidos são compatíveis com a literatura, que demonstra o perfil ansioso e depressivo, em situações percebidas como ameaçadoras e de perda), no entanto, foram observadas melhorias dos índices de ansiedade e depressão, após RM. Relativamente ao significado e expectativas da RM no pré-operatório, 70% relataram a necessidade da mama como símbolo da feminilidade, descrevendo o desejo de melhorar a auto-estima/imagem corporal (“quero-me sentir completa como mulher”, “ficar bonita”), 10% afirmaram a necessidade da mama para voltarem a conviver socialmente (“vou arranjar um marido”), 10%

como prova de cura e 10% referem o desejo de reconstruir a sua vida. Resumindo, a ausência da mama interfere e pode comprometer o significado de ser mulher. Após a RM, 60% descreveram-se como uma “mulher completa”, 20% “agora tenho uma vida normal” e 20% “estou a reconstruir minha vida”. Tendo em conta que 90% relataram estar satisfeitas com sua imagem corporal (“sinto os seios como meus”, “estou realizada e satisfeita”) e apenas 10% relataram insatisfação (“ficou melhor, mas não é a mesma coisa”), conclui-se que a maioria das mulheres conseguiu beneficiar com a RM, sendo esta passível de lhes alterar positivamente a auto-estima e a imagem corporal. Sobre o relacionamento conjugal no pré-operatório, 40% relataram não ter mudado; 30% não tinham parceiros; 20% julgaram-no péssimo e 10% referiram melhoria. Após a RM, 50% relataram não ter mudado o relacionamento conjugal; 30% revelaram melhoria e 20% não tinham parceiros. Quanto a sensibilidade erógena, esta não foi identificada antes da RM, mas depois dela, 40% a identificaram, o que sugere que a RM pode interferir na percepção da sensibilidade erógena, uma vez que, a paciente identifica melhor as sensações, além dos aspectos orgânicos propriamente ditos. Assim, conclui-se que a realização da RM, para a maioria da amostra, melhorou o relacionamento conjugal, 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 socio-económicos, afectivos e familiares.

Andrade e Duarte (2003) propuseram-se investigar, através da análise de conteúdo, como seis mulheres mastectomizadas, com idades de 37 a 55 anos e com tempo de cirurgia de 1 ano e meio a 8 anos, percebiam a sua sexualidade. No estudo, relativamente a análise da categoria “Reconstrução da mama”, e do ponto de vista da maioria das mulheres, a cirurgia estético-reconstrutiva representa uma possibilidade de recuperarem a sua feminilidade, sensualidade e erotismo. A única entrevistada que não relatou ter interesse em reconstruir a mama deveu-se ao facto de não ter companheiro, que para ela constitui um factor de motivação (“Eu não tenho marido, não tenho nada. Acho que se eu tivesse que ficar despida perto de um homem...”).

## MÉTODO

A secção referente ao método pretende descrever em pormenor como se realizou o estudo, de tal modo que possa ser replicado com base na informação fornecida (Ribeiro, 1999).

### **1. Tipo de Estudo.**

O presente estudo consiste numa investigação metodologicamente qualitativa, no domínio de uma abordagem fenomenológica e concretizada através do estudo de casos. Para o efeito, foi utilizada a Análise Fenomenológica Interpretativa de Jonathan Smith (AFI), enquanto instrumento de pesquisa e, como técnica de recolha, a entrevista semi-estruturada. Este estudo caracteriza-se ainda por ser comparativo relativamente a variável “realização de cirurgia estético-reconstrutiva”, estando esta apenas presente num dos grupos, e transversal dado que foi efectuado em um único momento avaliativo. Importa ainda alertar para cariz exploratório desta investigação devido à escassa literatura existente, utilizando metodologia qualitativa, sobre o tema; bem como, devido à existência de resultados inconclusivos/contraditórios de alguns estudos, daí a necessidade de se explorar primeiros os temas supracitados em detrimento de se formularem “hipóteses precipitadas”.

O estudo de casos individuais focaliza-se na investigação de um fenómeno no seu próprio contexto, tendo por objectivo a sua explicação, pelo que é dada uma maior importância aos processos do que aos produtos. Neste âmbito, a entrevista semi-estruturada torna-se uma excelente aliada, enquanto ferramenta de recolha de dados, porque assenta em questões abertas permitindo clarificar o significado atribuído a determinados acontecimentos (Ribeiro, 2007). Deste modo, as experiências de doença ao serem qualitativamente diferentes de indivíduo para indivíduo dotam a entrevista semi-estruturada de grande relevância na psicologia da saúde (Murray & Chamberlain, 1999).

De acordo com Carmo & Ferreira (1998), a investigação qualitativa fenomenológica interessa-se por investigar, descrever, compreender e explicar a conduta humana a partir da perspectiva daquele que actua, pelo que pretende estudar as pessoas nos seus contextos naturais (perspectiva holística) e não procura, por isso, generalizar os resultados para a população, nem determinar a causalidade do comportamento. Desta forma, procura saber qual o significado, experiência ou percepção do indivíduo sobre um determinado fenómeno, isto é,

aceder indutivamente ao modo como as pessoas pensam, sentem, interpretam e experimentam os acontecimentos em estudo (Ribeiro, 2007). Assim, e de acordo com Yardley (1997), este tipo de investigação fornece um enquadramento apropriado para o estudo das vivências da corporalidade na saúde e na doença, até porque, ao defender que as experiências corporais não podem ser isoladas do significado atribuído aos estados físicos, torna-se especialmente útil na compreensão da dependência entre mente e corpo, mental e físico.

As concepções que o indivíduo tem sobre a saúde, segundo Lyons e Chamberlain (2006), são muitas vezes formadas e/ou alteradas pelas suas experiências de doença. Na vivência da doença, em particular da doença crónica, o sentido de identidade do indivíduo é muitas vezes ameaçado, pelo que dedica muito tempo e energia a reflectir sobre o que lhe está a acontecer. Não obstante, as experiências de saúde e de doença, e da transição entre elas, divergem em contextos socioculturais distintos, pelo que devem ser descritas e compreendidas numa abordagem qualitativa (Morgan, 1999; Radley, 1999; Ribeiro, 2007). Deste modo consolida-se o facto de que a Análise Fenomenológica Interpretativa contribui valiosamente para o enriquecimento da psicologia da saúde ao explorar quais os significados atribuídos (interpretação subjectiva) pelos indivíduos ao seu estado de saúde e, em particular, a maneira como concebem as experiências de saúde e doença (Chapman & Smith, 2002).

Por fim enfatiza-se que contar a sua própria história, onde a pessoa atribui significado ao que aconteceu, é mais do que relatar eventos pois leva a pessoa à reflexão e, conseqüentemente, a repensar-se/redefinir-se enquanto indivíduo (Radley, 1999).

## **2. Selecção e caracterização da amostra.**

### **2.1. Processo de Amostragem.**

O processo de amostragem conduz à selecção de um subconjunto de uma dada população/universo que se denomina amostra, de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados (Carmo & Ferreira, 1998). O processo de amostragem utilizado neste estudo define-se como não-probabilístico, designadamente como amostragem por conveniência (selecção baseada em critérios de escolha intencional), ou seja, a amostra foi seleccionada de acordo com os vários critérios julgados importantes aos objectivos da presente investigação. Desta forma, a probabilidade relativa de um qualquer elemento ser incluído na amostra é desconhecida.

## **2.2. Local de recolha da amostra.**

A recolha da amostra presente neste estudo efectuou-se na associação “Ame & viva a vida”, sediada em Lisboa, sendo constituída por um grupo de mulheres mastectomizadas, sobreviventes do cancro da mama e que, voluntariamente, se disponibilizam para apoiar (a nível emocional, psicológico e social) todas as mulheres com cancro da mama e respectivas famílias.

## **2.3. Caracterização da amostra.**

De acordo com Smith e Osborn (2003), preconizadores da Análise Interpretativa Fenomenológica, a escolha do tamanho da amostra (que deverá ser razoavelmente homogénea) é influenciada por vários factores tais como: o grau de compromisso com o nível de análise e riqueza de cada caso, os constrangimentos que possam surgir e com o tema que em alguns casos, por ser raro, define os limites da amostra relevante. Não obstante e segundo Smith (1996), recentemente a tendência aponta para a realização deste tipo de estudos com um número muito reduzido de participantes quer seja um caso singular ou um caso que envolva um maior número de participantes (recomendando-se, nesse caso, 5/6 indivíduos) sendo assim possível obter uma profundidade e um envolvimento suficientes com cada caso individual, mas também uma análise pormenorizada de semelhança e diferença, convergência e divergência.

A amostra presente neste estudo foi alvo de uma pré-selecção, a fim de serem garantidos alguns critérios sócio-demográficos, com vista a sua maior homogeneidade. Deste modo, a amostra é constituída por 6 participantes do sexo feminino portadoras de cancro da mama e mastectomizadas (cirurgia radical) unilateralmente ou bilateralmente. Todas as participantes são caucasianas, portuguesas e com idades compreendidas entre os 40 e os 80 anos. Quanto às suas habilitações literárias estas vão desde o ensino básico ao secundário. Antes de serem mastectomizadas as participantes mantinham um relacionamento conjugal, podendo ou não mantê-lo actualmente, e o tempo decorrido desde a cirurgia ablativa varia entre 2 e 12 anos.

Acrescenta-se que relativamente ao anonimato das participantes, todas elas optaram por ser divulgado o nome próprio pelo que se figuram, ao longo do estudo, os nomes próprios verídicos das participantes.

	Nome	Idade (anos)	Situação profissional	Habilitações literárias	Estatuto socioeconómico	Filhos	Tempo decorrido desde a cirurgia final (anos)
<b>Sem Reconstrução</b>	Justa	54	Empregada	4ª ano	Médio	Não	3
	Arminda	78	Reformada	4ª ano	Médio	Sim	2,5
	Helena	57	Reformada	6º ano	Médio	Sim	12
<b>Com Reconstrução</b>	Margarida (Diferida)	47	Empregada	11º ano	Médio	Não	7
	Olívia (Diferida)	44	Empregada	9º ano	Médio	Sim	2
	Elisabete (Imediata)	54	Reformada	9º ano	Baixo	Não	11

**Figura 1** – Caracterização da amostra.

Da amostra total, 3 das participantes submeteram-se a cirurgia estético-reconstrutiva (grupo com reconstrução – Grupo 1) e as restantes ficaram-se apenas pela mastectomia (grupo sem reconstrução – Grupo 2). No primeiro grupo, e relativamente a cirurgia estético-reconstrutiva, uma das participantes submeteu-se à modalidade imediata, ao passo que as restantes subordinaram-se à modalidade diferida/tardia. Relativamente à recolha da informação, 4 das participantes (duas de cada grupo) foram entrevistadas no espaço da própria associação e as restantes, ambas residentes em Lisboa, em suas casas (uma de cada grupo – Helena e Olívia). Por fim, e tendo em conta o carácter unilateral ou bilateral da mastectomia, apenas uma das participantes realizou a mastectomia bilateral (a participante Arminda).

Caracterizando pormenorizadamente os dois grupos, o grupo sem reconstrução constitui-se numa amostra mais envelhecida (média = 63 anos VS média ≈ 48 anos), com um nível de escolaridade menos elevado e apresenta menor tempo decorrido desde a cirurgia final (média ≈ 5,8 anos VS média ≈ 6,6 anos), comparativamente ao grupo com reconstrução.

### **3. Definição e caracterização do Instrumento.**

No presente estudo foi utilizado, enquanto instrumento de investigação, a Análise Interpretativa Fenomenológica de Jonathan Smith, cuja descrição foi elaborada com base em quatro dos seus estudos sobre o tema (Smith, 1996; Smith, Flowers & Osborn, 1997; Smith, Jarman & Osborn, 1999; Smith & Osborn, 2003).

A AFI diz-se fenomenológica pois procura aceder à singularidade do pensamento e percepções do sujeito, no intuito de conhecer quais os significados por ele atribuídos às suas experiências. Por a linguagem representar estes processos interiores, a interpretação de relatos é o meio a que o investigador recorre para tentar aceder à perspectiva do sujeito, sendo esta abordagem, por isso, interpretativa. Ao pretender explorar, de forma flexível e pormenorizada, uma determinada área de intervenção, a AFI não poderia deixar de ser um método qualitativo, uma vez que se foca no estudo de casos individuais.

Neste contexto, não se pretende testar uma hipótese pré-determinada nem generalizar os seus resultados para a população, até porque estes têm por base uma amostra intencional, para a qual as questões da investigação terão significado. Não obstante, e de acordo com Smith e Osborn (2003), salienta-se que a AFI não se opõe a acções de carácter mais geral para populações maiores, apenas advoga generalizações teóricas em detrimento de generalizações empíricas, ou seja, o investigador procura estabelecer ligações entre as conclusões do seu estudo, a sua própria experiência pessoal e profissional e as alegações existentes na literatura.

Ao pretender-se analisar pormenorizadamente a perspectiva dos participantes, torna-se imprescindível um instrumento de recolha de dados flexível. Por esse motivo, é sugerido o uso da entrevista semi-estruturada, pois esta permite não só o diálogo (fomentando a relação empática), mas também sondar áreas interessantes ou preocupações do participante que possam surgir, gerando assim dados mais ricos. No entanto, ao envolver empatia e formulação de perguntas abertas, é possível obter-se diferentes interpretações (Spink, 1999), surgindo por vezes a necessidade de efectuar perguntas críticas sobre os processos inconscientes e motivações do participante, entre outros.

Na prática da entrevista semi-estruturada é utilizado um guião (conjunto de perguntas pré-estabelecidas, neutras e sem pré-concepções) apenas para orientar, e não dirigir, a entrevista, visto que os participantes são percebidos como “especialistas” no assunto, pelo que lhes deve ser maximizada a oportunidade de relatar a sua própria história (incentivar a pessoa a falar, com o mínimo de perguntas por parte do entrevistador). Posto isto, o investigador não pode ser muito explícito nem directivo, pois deve ser o participante a determinar o

prosseguimento da entrevista, dentro da quantidade de afastamento permitida pelo investigador. À luz desta co-autoria, para Mathieson (1999), a entrevista é vista, na prática, como um processo dinâmico onde a interpretação realizada pelo investigador (dificultada pelas suas próprias concepções) junta-se a interpretação implícita no relato do próprio participante.

Neste âmbito, surge ainda a necessidade de se utilizar gravador de voz durante a entrevista, não só para se obter um registo mais fiel e completo, mas também, para que o entrevistador se possa concentrar em aspectos importantes tal como a linguagem não-verbal. Nestes moldes, a interpretação do relato do participante feita pelo investigador incide sobre as transcrições, não descurando contudo, a informação proveniente da relação empática.

Por fim, importa frisar que não existe uma única/singular forma de exercer a AFI, dado que o investigador poderá ajustar algumas particularidades para a adaptar ao tema específico que está a investigar (Smith, 1996; Smith & Osborn, 2003).

#### **4. Procedimentos.**

O presente trabalho iniciou-se com a pesquisa bibliográfica e ulterior revisão da literatura existente sobre a temática estudada. Num segundo momento, explorou-se qual seria a metodologia mais adequada aos objectivos deste estudo, pelo que, ao pretender-se a compreensão global dos significados atribuídos, pelas participantes, às suas experiências, optou-se pela AFI de Jonathan Smith por ser um método fenomenológico e interpretativo, centrado na perspectiva do indivíduo. Seguidamente foram estipulados os Critérios de Pré-selecção da Amostra, tendo em conta as variáveis relevantes para o estudo (**Anexo I**), elaborado o Guião de entrevista (**Anexo II**) e a Carta de Pedido de Recolha da Amostra (**Anexo III**) que foi enviada à Associação de Mulheres Mastectomizadas “Ame & Viva a Vida”, sediada em Lisboa, onde e após obtido o seu consentimento se procedeu à recolha da amostra. Por último procedeu-se a análise e discussão dos resultados.

Relativamente à construção do guião de entrevista, à recolha da amostra e à análise dos resultados, os procedimentos efectuados serão seguidamente apresentados de forma mais aprofundada.

#### **4.1 Procedimentos inerentes à construção do guião de entrevista.**

O guião de entrevista foi construído com a preocupação de ordenar as questões de acordo com os temas abordados e deixando para o fim, os temas mais íntimos e sensíveis. No entanto, no decorrer das entrevistas, nem sempre a ordem das questões foi mantida, ou mesmo partes da sua formulação, tendo esta sido modelada conforme pareceu apropriado.

Na construção de cada pergunta teve-se o cuidado de as manter abertas, neutras, adequadas ao estatuto sócio-económico da participante e livres de terminologia demasiado técnica. Procurou-se também que o guião não fosse demasiado intrusivo, mas sim, suficientemente directivo para que a participante percebesse qual a área de interesse. Evitaram-se, portanto, perguntas demasiado complexas ou vagas, e fizeram-se anotações mais específicas (ex: anotar em que domínios se pretendia a questão respondida), que foram utilizadas, em alguns casos, quando a participante não compreendeu a pergunta ou deu uma resposta demasiado tangencial.

O guião foi feito com antecedência, o que permitiu antecipar possíveis dificuldades na entrevista (por exemplo, em termos de formulação de perguntas em áreas delicadas) e reflectir sobre a resolução destas dificuldades. O facto de o guião ter sido interiorizado antecipadamente permitiu, no decurso da entrevista, uma maior concentração no discurso da participante e um decorrer natural da entrevista.

#### **4.2. Procedimentos inerentes à recolha da amostra.**

Os procedimentos, subjacentes à recolha da amostra foram efectuados de igual forma para todas as participantes:

- 1) A cada participante foi explicitado, de forma simples e clara, o objectivo e o procedimento da investigação (**Anexo IV**).
- 2) Procedeu-se à leitura e a assinatura do Termo de Consentimento Informado (**Anexo V**), obtendo-se assim, a confirmação de participarem voluntariamente no estudo.
- 3) Foi comunicada a Instrução Inicial (**Anexo VI**), sendo relembradas as condições em que decorreria a entrevista e esclarecidas as dúvidas existentes.

- 4) Procedeu-se à realização da entrevista propriamente dita, tendo por base o respectivo Guião de Entrevista:

As entrevistas, concebidas segundo o modelo da entrevista semi-estruturada, foram efectuadas individualmente, sem interrupções e com a preocupação de permitir ao entrevistado relaxar e ficar confortável. As instruções incutidas prenderam-se com a solicitação de respostas honestas e sinceras (não havendo tempo limite). Foi ainda destacado o uso de gravador, bem como a confidencialidade da informação recolhida.

- 5) Foi comunicada a Instrução Final (**Anexo VII**), para sinalizar o término da entrevista, no decurso da qual foi dado a preencher o Questionário Sócio-demográfico (**Anexo VIII**).

#### **4.3. Procedimentos inerentes à análise dos resultados.**

Após a sua realização e a partir das gravações feitas, as entrevistas foram transcritas na sua totalidade, incluindo as questões do entrevistador, dado que e de acordo com Smith (1996), importam todas as palavras faladas, bem como os falsos começos, pausas significativas, risos e outras características (**Anexos IX, X, XI, XII, XIII, XIV**). Finalizadas as transcrições de todas as entrevistas procedeu-se a leitura da primeira transcrição. A esta primeira leitura seguiram-se outras uma vez que, segundo Smith e Osborn (2003), cada nova leitura aumenta a familiaridade com o texto e abre novas perspectivas ao leitor.

À medida que se prosseguiu nas sucessivas leituras da transcrição, foram escritas, na margem esquerda, anotações sobre tudo o que pareceu revestir-se de interesse no texto, nomeadamente os conteúdos que foram surgindo e que pareceram interessantes ou significativos. Seguidamente foram anotados, na margem direita, os temas emergentes no texto, ou seja, palavras-chave que capturassem a essência do que é dito em cada parte da transcrição, sendo que estes temas emergentes envolveram um maior nível de abstracção quando comparados com os comentários analíticos iniciais. Nesta fase, não foram omissas nem destacadas quaisquer passagens específicas, sendo todo o texto visto como potencial informação.

Após analisada a transcrição, procurou-se relacionar os temas emergentes e agrupá-los com a preocupação de verificar, no texto original, se essas relações existiriam de facto e não seriam produto da interpretação. Uma vez agrupados os temas, foi elaborada uma tabela de

análise individual (**Tabela 1**) com os temas ordenados de maneira coerente, identificando os subtemas subordinados a cada tema principal e dando uma designação a cada um destes agrupamentos. No decorrer deste processo, as escolhas não foram baseadas apenas na frequência com que surgiu cada tema no texto, mas também na riqueza de determinadas passagens e na contribuição de alguns temas para a compreensão do relato. Assim, nesta fase descartaram-se os temas que não encaixavam na estrutura temática da tabela e não tinham suporte suficiente no texto, como sugerido por Smith, Jarman e Osborn (1999).

Terminada a tabela de análise individual da primeira entrevista procedeu-se de igual forma para as tabelas de análise individual das restantes entrevistas (**Tabelas 2, 3, 4, 5, 6**) com a excepção de se ter utilizando os temas resultantes da primeira entrevista enquanto orientadores procurando-se ocorrências dos temas já identificados na primeira entrevista. Todavia foi mantida a receptividade a novos temas. A partir das tabelas de análise individual foram elaboradas tabelas comparativas (**Tabelas 7, 8, 9, 10, 11**) que reúnem todos os subtemas (extraídos das tabelas individuais) referentes aos respectivos temas objectivando, desta forma, uma comparação entre sujeitos.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para uma boa compreensão da análise e discussão dos dados obtidos neste estudo não nos podemos cingir apenas às parcelas extraídas em cada entrevista, uma vez que, este processo foi feito com a intenção única de organizar os dados. Assim, a compreensão desta análise e discussão dos dados não dispensa a leitura das entrevistas para que, desta forma, se possam contextualizar os excertos apresentados.

### 1. Análise das tabelas individuais.

Seguidamente serão apresentadas as tabelas de análise individual mas antes esclarecemos que para cada tabela, e ao lado de cada tema, encontram-se transcrições do texto que o representa indicado entre aspas (“...”). No intuito de facilitar o trabalho de análise e citação, para cada entrevista, cada transcrição foi referenciada quanto à sua localização no texto segundo a designação de (X.Y) onde o X representa o número da pergunta da entrevistadora e o Y o número da linha da resposta relativa a pergunta X (iniciando-se a contagem por 1 a cada primeira frase de cada resposta). No “verbatim”, (...) indica onde uma parte da frase foi eliminada para concisão editorial. Quanto aos símbolos presentes, o \* representa o antónimo do subtema estipulado, o \*\* representa a pouca influência do subtema estipulado e o \*\*\* diz respeito ao segundo companheiro da entrevistada.

**Tabela 1** – Análise individual dos subtemas da entrevistada **Justa**.

54 Anos  
3 Anos decorridos desde a cirurgia final  
Mastectomia unilateral sem reconstrução

Processo saúde-doença	Transcrições	(X.Y)
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	“não encarei bem eu ter o cancro da mama” “fiquei, olhe...”	(1.1) (9.4)
Vivências depressivas na fase inicial	“fiquei... de rastos” “perdi a vontade de tudo, de viver” “Uma pessoa fica com a moral tão em baixo que não consegue ir para frente”	(1.1) (1.2) (25.3)
Sufrimento	“é uma coisa que custa muito”	(1.3)

associado ao processo saúde-doença	“é uma coisa horrível”	(1.13)
Sofrimento associado à quimioterapia	“e o cabelo caiu outra vez” “uma pessoa fica parece um ET”	(1.7) (28.17)
Sofrimento associado à mastectomia	“tinha de tirar a mama, isso custou-me muito!” “fiquei duma maneira...” “eu não consegui ver logo” “é uma das piores coisas que pode acontecer à mulher” “sentia-me triste de me ver sem a mama” “eu sempre me senti muito triste, muito, mas mesmo muito, muito em baixo por causa de ficar sem a mama” “parece que o mundo acabou para mim, foi o que eu senti.”	(2.2) (13.2) (13.7) (13.7) (15.1) (19.10) (22.1)
Rejeição do estigma social	“olham para ela de outra maneira” “há outras (...) que pensam – Ah coitadinha, não tem uma mama -”	(28.4) (28.10)
Omissão da mastectomia	“elas não sabem, eu não disse, não digo... não digo!”	(16.7)
Satisfação por ter sobrevivido	“sobrevivi e estou aqui” “como eu já estou bem”	(3.3) (21.1)
Recuperação da normalidade no quotidiano	“faço a minha vida normal” “Agora a minha vida está como estava antes de ter a doença”	(9.5) (24.9)
<b>Vivência do corpo</b>	Transcrições	(X.Y)
Mutilação	“nós ficamos mutiladas” “ficam na mesma aleijadas”	(1.10) (11.11)
Desfiguramento corporal	“fica aqui com um alto e aqui com um baixo...” “não tenho uma parte do meu corpo e sinto-me triste com isso” “A pessoa sente-se triste de não ter um corpo como deve de ser, a mulher fica feia, fica com o corpo feio”	(11.6) (27.3) (33.12)
Insatisfação com a imagem corporal	“ao despir e ao vestir é que ficamos um bocado traumatizadas” “eu não me gosto de ver assim” “não me sinto bem...” “dispo-me no quarto que não há espelhos para não ver nada” “Antes sentia-me outra...”	(1.9) (17.1) (18.10) (23.4) (24.1)
Vergonha	“só eu é que me vejo, mais ninguém me vê” “tenho medo que elas vejam, que eu não tenho uma mama” “não gosto que outras pessoas me vejam assim” “às vezes vou mas nem me dispo” “não gosto de o mostrar”	(1.10) (16.4) (17.1) (24.5) (33.14)
Limitações em actividades sociais	“não ter que...” “já o ano passado não fui à praia porque tenho receio que as pessoas... que se note qualquer coisa...” “vestia-me de outra maneira (...), ia à praia” “já tenho de ter um bocadinho mais de cuidado com os decotes e na praia”	(11.5) (18.7) (24.1) (24.4)

<b>Vivência da sexualidade</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância da aceitação e apoio por parte do companheiro	“ele também não se importa”	(32.3)
Recuperação gradual da sexualidade	“ele ao princípio também não quis ver logo (...), agora vê e diz que não faz mal” “às vezes nem admitia que ele me tocasse (...) mas agora está tudo lindamente”	(30.10) (30.12)
Constrangimentos na actividade sexual	“eu não me vou pôr despida ao pé dele, nem pensar nisso” “antes era melhor...” “uma mulher sem uma mama é diferente, é muito diferente” “ele também não gosta muito de me ver assim” “sentia-me muito mais à vontade antigamente do que agora” “as coisas ficam diferentes...” “esta coisa da mulher exhibir o corpo para o homem, eu não consigo fazer isso...”	(32.2) (33.1) (33.2) (33.4) (33.7) (33.10) (33.11)
<b>Vivência do relacionamento conjugal</b>	Transcrições	(X.Y)
Sem alterações	“não influenciou, está tudo na mesma” “ele é tão meu amigo agora como era antes de eu ter a doença” “Não houve influência”	(31.1) (31.4) (31.5)
Manutenção de uma relação satisfatória	“Nós tínhamos, e temos, uma relação boa”	(30.1)
Importância do apoio facultado pelo companheiro	“ele foi sempre muito meu amigo e ajudou-me sempre muito” “ele aceitou sempre isso bem e não me deixou por causa disso...” “ele ajudou-me sempre em tudo” “não me virou as costas” “também sinto isso do meu companheiro”	(30.1) (30.4) (30.5) (30.7) (31.4)
<b>Percepções sobre a cirurgia reconstructiva</b>	Transcrições	(X.Y)
Desejo em realizar a reconstrução	“eu quero fazer” “eu gostaria muito de fazer!” “chorei porque (...) ficava sem nada e ela já ia com a dela”	(10.1) (10.2) (19.9)
Opinião favorável do companheiro	“também quer que e faça a reconstrução, diz que assim fico melhor”	(30.11)
Enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal	“porque eu também não me sinto bem assim” “acho que o nosso corpo fica muito melhor” “ver o meu corpo como ele era antigamente” “ficar uma mulher como as outras” “já não me vou sentir mutilada” “acho que me iria sentir melhor comigo própria” “já não me via sem uma parte do meu corpo” “Era bom para mim, para a minha cabeça, para o meu corpo,	(10.2) (11.1) (11.4) (16.1) (16.2) (29.7) (29.8) (29.9)

	para tudo”	
Enquanto melhoria da sexualidade	“iria influenciar a relação porque é outra coisa...” “não é nada agradável uma pessoa estar ali despida com uma mama e do outro lado não ter nada” “iria ser melhor”	(32.4) (32.5) (34.1)
Enquanto superação de limitações	“Uma pessoa vai a praia (...), escusamos de estar a pôr a prótese no fato-de-banho” “podemos vestir outro género de...” “não ter que...”	(11.2) (11.3) (11.5)

Na análise individual dos subtemas da entrevistada Justa, e de forma resumida, salienta-se o sofrimento associado a percepção do desfiguramento corporal e ao sentimento de mutilação em consequência da mastectomia. Assim, a participante revela grande insatisfação com a imagem corporal levando-a a ter vergonha do seu corpo, pelo que não só omite o facto de ser mastectomizada como apresenta limitações em algumas actividades sociais. O flagelo na imagem corporal estende-se ainda a vivência da sexualidade onde refere alguns constrangimentos e leva-a a desejar submeter-se a cirurgia estético reconstrutiva objectivando melhoria na auto-estima e imagem corporal e na superação de limitações em que haja exposição do corpo. A vivência do relacionamento conjugal, por sua vez, não sofreu quaisquer alterações, onde refere a importância do apoio facultado pelo companheiro.

**Tabela 2** – Análise individual dos subtemas da entrevistada **Arminda**.

78 Anos  
2,5 Anos decorridos desde a cirurgia final  
Mastectomia bilateral sem reconstrução

Processo saúde-doença	Transcrições	(X.Y)
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	“fiquei um bocado chocada”	(1.39)
Sufrimento associado à mastectomia	“fico muito triste” “tirar as duas é muito difícil, muito, muito, muito, muito...”	(1.52) (6.5)
Rejeição do estigma social *	“isso não me preocupa... Meto um casaco de malha pelas costas e lá vou eu... faço eu quero e como bem me apetece”	(15.3)
Omissão da mastectomia*	“não me preocupa que A, B ou C saiba, se souber sabe, se não souber não sabe”	(15.2)
Recuperação da normalidade no quotidiano *	“é muito difícil a minha vida...”	(1.53)
Inconformismo com a	“o pior que tudo é a gente querer fazer coisas e não poder” “eu nem posso pegar minha louça porque é muito pesada”	(1.44)

incapacidade	<p>“quando se tiram as duas ficamos imobilizadas” (1.55)</p> <p>“Não posso fazer aquilo que eu fazia” (1.65)</p> <p>“nunca mais pude pegar nos meus bisnetos ao colo, (...) porque não posso pegar em pesos” (7.8)</p> <p>“nem pegar em toalhas de banho grandes consigo!” (9.6)</p> <p>“Eu já não posso fazer as coisas normais como eu fazia” (9.11)</p> <p>“o que me faz chorar é o não poder... não poder” (10.4)</p> <p>“a incapacidade é que ainda não porque dou com ela todos os dias... pronto, eu isso nunca ultrapassei” (11.5)</p> <p>(13.5)</p>	
Inconformismo com a dependência do marido	<p>“e agora tem que as fazer” (1.62)</p> <p>“as costas e assim é o meu marido que tem de me lavar” (9.10)</p> <p>“agora sinto que necessito de ... que estou dependente do meu marido” (10.2)</p>	
Vivências depressivas na fase de sobrevivência	<p>“Tenho muitos dias em que acordo e não me apetece levantar” (1.58)</p> <p>“os olhos brilhavam-me e agora, às vezes, sinto que os meus olhos querem-se fechar” (2.4)</p> <p>“foi a coisa que me fez a mulher mais infeliz” (8.1)</p> <p>“Há muita coisa que eu fazia com alegria, e depois penso que... as lágrimas vêm para fora” (9.11)</p>	
<b>Vivência do corpo</b>	Transcrições	(X.Y)
Mutilação	“tiraram-mas”	(9.6)
Desfiguramento corporal	“sinto um bocado de tristeza porque não tenho aqui uma parte de mim ...”	(13.1)
Insatisfação com a imagem corporal	“se calhar cá por dentro alguma coisa mexe”	(13.3)
Conformismo com a imagem corporal	<p>“quando quero ponha as minhas próteses e pronto” (5.2)</p> <p>“Isso já foi ultrapassado” (13.5)</p> <p>“chego a casa e para me pôr mais a vontade tiro isto, visto a batina e pronto, ando assim...” (14.4)</p>	
Sem alterações	<p>“enquanto mulher (...) é a mesma coisa” (12.1)</p> <p>“eu nunca tive peito, sempre tive um peitinho pequenino” (4.1)</p>	
<b>Vivência da sexualidade</b>	Transcrições	(X.Y)
Sem alterações	<p>“o meu marido não me rejeitou em nada” (5.9)</p> <p>“por isso não me alterou nada, isso não me fez alterar nada, nada absolutamente nada!” (12.5)</p> <p>“É a mesma coisa (...) Nem ele nem eu nos preocupamos com isso” (16.1)</p> <p>“- não se faz não se faz... nunca se fez - [risos]” (16.7)</p>	
Pouca importância dada a sexualidade	<p>“já somos um casal que já não...” (5.10)</p> <p>“mesmo vida de casal, isso para mim não...nunca me...nunca foi uma coisa que...” (12.2)</p> <p>“eu nunca fui pessoa assim de coisas... pessoa de sexo...” (16.1)</p>	
<b>Vivência do relacionamento conjugal</b>	Transcrições	(X.Y)

Sem alterações	“o resto não me faz diferença.” “Acho que não alterou nada ... nem o meu marido”	(12.8) (15.1)
Manutenção de uma relação satisfatória	“combinamos muito bem um com o outro”	(2.8)
Importância do apoio facultado pelo companheiro	“o meu marido têm sido um apoio para mim, tem-me ajudado muito a ultrapassar isto tudo”	(11.9)
<b>Percepções sobre a cirurgia reconstrutiva</b>	Transcrições	(X.Y)
Desejo em realizar a reconstrução *	“não tenho a reconstrução, nem quero!” “eu nunca tive peito, sempre tive um peitinho pequenino” “não senti essa necessidade” “é uma coisa que não me seduz porque acho que se já me tiraram aquilo que era meu, agora não quero cá pôr outra coisa”	(3.1) (4.1) (5.9) (14.1)
Evitamento do sofrimento inerente à realização de mais cirurgias	“psicologicamente não só vou sofrer, vou tudo...”	(5.1)
Idade avançada	“não tenho idade já para isso” “agora na minha idade”	(5.1) (5.8)

\* Representa o antónimo do subtema estipulado

Referente à análise individual dos subtemas da entrevistada Arminda, e de forma sucinta, salienta-se o sofrimento associado à incapacidade e dependência do marido (resultante da incapacidade severa) em consequência da perda da força nos braços após a ablação das duas mamas. Assim, as suas limitações físicas são de tal ordem que não conseguiu uma recuperação da normalidade no quotidiano, levando-a a vivências depressivas na fase de sobrevivência. Dado que a sua preocupação se focaliza essencialmente na incapacidade, as sequelas ao nível da imagem corporal são minimizadas, ou seja, apesar de ter percepção do desfiguramento corporal e sentir-se mutilada existe um grande conformismo com a imagem corporal, pelo que não sentiu alterações ao nível da vivência do corpo. Relativamente às vivências da sexualidade e do relacionamento conjugal também não foram sentidas alterações. Quanto à cirurgia reconstrutiva a participante não deseja submeter-se a tal procedimento alegando não sentir essa necessidade.

**Tabela 3** – Análise individual dos subtemas da entrevistada **Helena**.

57 Anos  
12 Anos decorridos desde a cirurgia final  
Mastectomia unilateral sem reconstrução

<b>Processo saúde-doença</b>	Transcrições	(X.Y)
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	“foi um choque muito grande” “Fiquei apavorada”	(1.2) (3.7)
Vivências depressivas na fase inicial	“Quando soube disto tudo chorei amargamente” “havia alturas de pensamentos muito negativos”	(1.15) (3.9)
Sofrimento associado ao processo saúde - doença	“A experiência foi muito, muito difícil” “ia chorar muito para a igreja”	(1.2) (5.2)
Sofrimento associado à quimioterapia	“Foi uma fase muito difícil (...) porque caiu-me o cabelo” “custou-me mais a queda do cabelo do que me tirar o peito, custou-me muito mesmo” “A parte física, nessa fase, ... ficou bastante afectada” “A queda do cabelo foi o que me custou mais”	(1.27) (1.29) (2.22) (2.25)
Sofrimento associado à mastectomia	“foi um choque muito grande!” “Ficar assim... e depois ter de me adaptar à prótese...” “senti uma tristeza muito grande, (...) uma vontade de chorar muito grande... chorei muito ...” “foi uma fase difícil tanto da parte física como da parte psicológica, qualquer uma delas foi muito difícil...”	(4.1) (4.2) (5.1) (5.6)
Rejeição do estigma social	“pensava que as pessoas que olhavam para mim - olha coitada... -”	(2.24)
Satisfação por ter sobrevivido	“Agradeço muito a Deus por estar aqui como estou. Nunca pensei... chegar ao ponto onde cheguei!”	(6.2)
Recuperação da normalidade do quotidiano	“Vamos andando e vou fazendo a minha vida normalmente!”	(3.19)
Sofrimento causado à família	“Aquela coisa dele apavorado” “Os filhos estão grandes mas sofreram bastante na altura” “para o meu marido então... apanhava-o a chorar por todos os cantos”	(3.4) (7.9) (7.11)
<b>Vivência do corpo</b>	Transcrições	(X.Y)
Mutilação	“Tirar esta parte, não é?” “foi ter perdido a mama”	(4.1) (8.1)
Desfiguramento corporal	“há aquela falha (...) Eu queria estar composta e não estou”	(4.11)
Insatisfação com a imagem corporal	“Às vezes, de repente, há aquela tristeza...” “Quando vou tomar banho ou assim - Ai meu Deus! -”	(9.1) (9.2)
Conformismo	“eu saber aceitar a minha maneira de ser”	(4.6)

com a imagem corporal	“eu penso que agora ultrapassei” “É tudo diferente mas encarei que... encarei que a realidade agora tem de ser esta!”	(5.20) (11.1)
<b>Vivência da sexualidade</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância da aceitação e apoio por parte do companheiro	“a parte física (...) para o meu marido penso que não contou” “o meu marido não se importa” “O meu marido sempre foi muito... aceita muito bem” “ele não me olha de maneira diferente!” “ele não se importa que eu esteja assim”	(7.14) (7.18) (7.21) (7.29) (7.30)
Recuperação gradual da sexualidade	“fazemos a nossa sexualidade normal” “Temos a nossa vida sexual dentro do normal, julgo eu, mas com muito respeito” “Olhe, é igual. É igual”	(7.20) (8.10) (13.1)
Constrangimentos na actividade sexual	“Antigamente despia-me à frente do marido e agora não dispo, agora vou à casa de banho” “Ele não se cuida desta parte porque se tiver que se cuidar é do lado que tem mama” “Ele não fala desta parte e, portanto, eu também não digo para ele mexer aqui ou fazer isto ou aquilo, não!”	(8.4) (8.7) (8.8)
<b>Vivência do relacionamento conjugal</b>	Transcrições	(X.Y)
Sem alterações	“Não senti diferenças”	(12.1)
Manutenção de uma relação satisfatória	“A nossa relação sempre foi boa” “A nossa relação manteve-se, nós sempre fomos um casal que... que sempre nos demos bem”	(12.1) (12.9)
Importância do apoio facultado pelo companheiro	“- Olha, vamos seguir para a frente -” “não há problemas na nossa vida”	(1.24) (12.10)
<b>Percepções sobre a cirurgia reconstructiva</b>	Transcrições	(X.Y)
Inconsistência quanto ao desejo de realizar a reconstrução	“Sei lá, se fosse hoje até se calhar fazia a reconstrução, mas na altura não! Estava completamente fora de hipótese” Eu não optei por... pela reconstrução, não é? Agora tenho que encarar que seja assim, a realidade de viver assim!”	(4.2) (11.2)
Opinião neutra do companheiro	“Apoiou-me sempre para fazer o que eu quisesse” “Se ele me visse de maneira diferente se calhar pronto” “Se eu visse que ele tinha aquele grande interesse, ou aquela grande vontade que eu fizesse (...) se calhar até fazia”	(7.21) (7.28) (12.3)
Evitamento do sofrimento inerente à realização de mais cirurgias	“foi pela parte psicológica que me afectou muito” “se fosse por doença eu fazia tudo, agora só por estética não!” “só aquela parte de ter que ser novamente internada, ter de ser outra vez hospitalizada” “ao saber que o meu marido sofreu tanto comigo (...) e de me sujeitar a mais ... pronto foi para fugir ao sofrimento...” “como eu vi que ele sofreu muito (...) então penso assim - Não, não o vou fazer sofrer mais -”	(7.6) (7.9) (7.22) (7.25) (12.5)

Enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal	“se eu tivesse feito a reconstrução era bonita e assim não estou bonita”	(4.12)
Enquanto melhoria na sexualidade **	“penso que não alterava.” “o meu marido ia mexendo também neste peito, por exemplo, (...) mas é só isso porque de resto não...” “era capaz de estar sem sutiã a frente do meu marido sem problemas e assim não (...) vou-me deitar de sutiã, mas de resto é igual.”	(14.1) (14.1) (14.3)

\*\* Representa a pouca influência do subtema estipulado

Relativamente à análise individual dos subtemas da entrevistada Helena, e de forma resumida, salienta-se o sofrimento associado a percepção do desfiguramento corporal e o sentimento de mutilação em consequência da mastectomia. Deste modo, a participante revela insatisfação com a imagem corporal mas, por outro lado, verifica-se um certo conformismo relativamente a essa situação e a sua relativização comparativamente à penosidade dos tratamentos e ao sofrimento causado à família nuclear durante esse período. O comprometimento da imagem corporal ocasiona alguns constrangimentos na actividade sexual, não obstante de pouca relevância dado que a participante menciona ter gradualmente recuperado uma sexualidade dentro da normalidade, salientando a importância da aceitação e apoio por parte do companheiro. A vivência do relacionamento conjugal, por sua vez, não sofreu quaisquer alterações. Quanto às percepções sobre a cirurgia reconstrutiva observa-se alguma inconsistência quanto ao desejo de fazê-la onde se opõem os benefícios na auto-estima e imagem corporal contra o sofrimento, para ela e para a família, inerente a realização de mais cirurgias. Este último aspecto aliado à opinião neutra do marido sobre a cirurgia reconstrutiva levaram Helena a optar por não fazer a reconstrução.

**Tabela 4** – Análise individual dos subtemas da entrevistada **Margarida**.

47 Anos  
7 Anos decorridos desde a cirurgia final  
Mastectomia unilateral com reconstrução diferida

Processo saúde-doença	Transcrições	(X.Y)
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	“a sensação que eu tive foi que o mundo me tinha caído todo em cima da cabeça, com tudo e mais alguma coisa”	(2.5)
Vivências depressivas na	“abrir a torneira completamente”	(2.9)

fase inicial		
Sufrimento associado ao processo saúde-doença	“não é fácil” “foi uma luta complicada”	(1.65) (7.17)
Sufrimento associado à quimioterapia	“Rapei-o para não ter aquela visão psicológica de ver o cabelo a cair, que acho que é horroroso, é péssimo” “já chega de início quando se dá pelo sintoma”	(3.9) (3.14)
Sufrimento associado à mastectomia	“não, não foi fácil... não foi fácil mesmo sabendo que iria ter a hipótese de fazer uma reconstrução futura” “é uma fase muito complicada a mastectomia” “quando me confrontei aí é que realmente foi complicado, abri a torneira”	(4.2) (4.8) (4.22)
Rejeição do estigma social	“quando se tem cancro de mama isso não significa que - Coitadinha, vai morrer - porque há muito esse estigma”	(1.41)
Satisfação por ter sobrevivido	“Portanto, superei!” “por pessoas como eu que são vencedoras”	(1.35) (1.56)
Recuperação da normalidade no quotidiano	“continuei, e continuo, a fazer a minha rotina de vida pessoal perfeitamente normal em termos familiares, profissionais e de dia-a-dia”	(7.15)
<b>Vivência do corpo</b>	Transcrições	(X.Y)
Mutilação	“fiquei com o peito completamente liso, como se de um bebé se tratasse”	(1.21)
Sem alterações	“Enquanto mulher não existem diferenças nenhuma”	(10.1)
Manutenção de uma boa auto-estima e boa satisfação com a imagem corporal	“Porque ela arranja-se, porque ela maquilha-se e porque ela vai jantar fora e porque ela continua a ter gosto em se arranjar...” “não houve complicação nenhuma em termos pessoais, em termos de mulher de me sentir diminuída”	(1.63) (7.20)
<b>Vivência da sexualidade</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância da aceitação e apoio por parte do companheiro	“o facto de ter ficado sem mama e não ter sido rejeitada como mulher, não ter visto qualquer alteração em termos de desejo sexual, de ser procurada (...) pelo contrário, o meu marido nessa altura foi uma pessoa que incentivou ainda mais nesse aspecto e isso é muitíssimo importante”	(8.16)
Sem alterações	“não houve complicação nenhuma (...), em termos de mulher de me sentir rejeitada pelo marido em termos sexuais” “não tive qualquer problema, mesmo quando não tinha mama na totalidade, nunca houve qualquer alteração na nossa vida pessoal, sexual, nada...”	(7.20) (9.1)
<b>Vivência do relacionamento conjugal</b>	Transcrições	(X.Y)
Sem alterações	“nunca houve qualquer alteração na nossa vida pessoal”	(9.2)
Manutenção de uma relação satisfatória	“o meu marido é um homem cinco estrelas”	(9.3)
Importância do	“simplesmente formámos, na altura, uma equipa de um e ele	(7.10)

apoio facultado pelo companheiro	acompanhou-me sempre, desde o início até hoje” “passar à beira-mar com ele e tudo bem”	(7.35)
<b>Percepções sobre a cirurgia reconstrutiva</b>	Transcrições	(X.Y)
Enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal	“queria ficar com o meu corpo inteiro...” “Eu tinha a hipótese de ficar com o meu corpo como era e quis aproveitá-la, não quis ficar sem mama” “temos que gostar e sentirmo-nos bem connosco próprias”	(5.4) (5.6) (5.11)
Enquanto superação de limitações	“já se encara a mastectomia com uma cirurgia reconstrutiva feita, é diferente...” “ter a mama reconstruída é totalmente diferente porque é uma mobilidade, no meu caso, praticamente igual à da outra mama”	(4.7) (6.4)
Evitamento do uso de próteses	“esse sutiã por muito perfeito que seja não é o ideal”	(6.4)
Reconstrução encarada como indispensável	“Foi duro, e posso dizer que o que me deu ânimo, nessa altura, foi pensar que podia fazer a cirurgia reconstrutiva.”	(4.25)
Aconselhamento para realizar a reconstrução independentemente e da faixa etária	“Mesmo para pessoas de outras faixas etárias, mais velhas, continuo a ser dessa opinião”	(5.8)

Na análise individual dos subtemas da entrevistada Margarida, e de forma sucinta, salienta-se o sofrimento associado ao sentimento de mutilação antes de ter sido sujeita à reconstrução da mama. Neste contexto, a participante encara a reconstrução como indispensável enquanto melhoria na auto-estima, na imagem corporal e enquanto superação de limitações como, por exemplo, o uso de próteses externas. Relativamente a vivência do corpo não foram sentidas alterações, sendo notória a manutenção de uma boa auto-estima e satisfação com a imagem corporal. Nas vivências da sexualidade e do relacionamento conjugal também não se verificaram alterações sendo, nesse contexto, enfatizada a importância da aceitação e apoio por parte do companheiro. Acrescenta-se que se encontra satisfeita com a reconstrução recomendando-a à todas as mulheres independentemente da faixa etária.

**Tabela 5** – Análise individual dos subtemas da entrevistada **Olívia**.

44 Anos  
2 Anos decorridos desde a cirurgia final  
Mastectomia unilateral com reconstrução diferida

Processo saúde-doença	Transcrições	(X.Y)
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	“foi um descalabro, foi horrível” “é o mundo a desabar na nossa cabeça”	(1.4) (1.7)
Vivências depressivas na fase inicial	“é o choro, é...” “é um desabar de tudo”	(1.7) (1.9)
Sufrimento associado ao processo saúde-doença	“Foi horrível (...) passei muitos dias a chorar no jardim sozinha, sempre sozinha” “foi muito difícil este processo” “foi muito complicado (...) foi horrível...”	(1.16) (1.20) (1.91)
Sufrimento associado à mastectomia	“foi um processo muito doloroso” “aí foi horrível porque (...) tinha pelo menos o volume (...) quando me dizem que se calhar teria que tirar o expansor foi novamente um desabar, reagi muito mal” “enquanto isso não aconteceu, foi um processo muito difícil para mim” “foi saber que ia tirar a mama e de estar este tempo todo até fazer a reconstrução final, foi horrível.”	(1.33) (1.55) (1.71) (4.2)
Rejeição do estigma social	“senti que as pessoas queriam um coitadinha e que queriam ter motivo para falar, sobre o facto de não ter mama” “achei que me iriam tratar de uma forma diferente, como uma coitadinha” “dava-me a sensação de que se eu tivesse dito que tinha tirado a mama que as pessoas olhavam para mim de uma maneira diferente.”	(3.11) (3.17) (3.31)
Omissão da mastectomia	“A maior parte das pessoas não sabe que sou uma mulher mastectomizada porque eu não contei” “Até há mesmo certas pessoas da minha família que não sabem que eu tirei a mama” “eu decidi dizer sempre que não tinha tirado a mama, é uma coisa que é só minha” “a única coisa que eu dizia era que tinha de fazer a reconstrução do quadrante”	(3.8) (3.16) (3.23) (3.30)
Satisfação por ter sobrevivido	“dou graças a Deus por ter ficado como fiquei”	(1.123)
Recuperação da normalidade no quotidiano	“faço a minha vida toda normal e no meu dia-a-dia quase que não me lembro” “felizmente faço a minha vida toda normal”	(1.121) (1.124)
Rejeição acentuada da mastectomia	“Eu não aceitei, neste processo todo eu disse sempre que não iria aceitar ser mastectomizada”	(1.32)

Falta de apoio por parte do primeiro companheiro	<p>“foi complicado porque vivi todo este drama sozinha” (1.13)</p> <p>“ele nunca foi comigo” (1.15)</p> <p>“sozinha, sempre sozinha, sempre sozinha” (1.16)</p> <p>“em casa não havia praticamente diálogo nenhum” (1.19)</p> <p>“tinha de fazer praticamente tudo em casa na mesma” (1.20)</p>	
<b>Vivência do corpo</b>	Transcrições	(X.Y)
Insatisfação com a imagem corporal	<p>“continue a ser difícil porque apesar da mama estar muito parecida (...) não está igual” (1.80)</p> <p>“ não posso dizer que quando me vejo ao espelho que goste de me ver, não, eu olho para a minha mama, a outra, e digo que queria ter a mama que tinha...” (1.98)</p> <p>“nunca consegui olhar-me como deve ser ao espelho” (1.109)</p> <p>“mas não é aquilo que eu queria” (1.111)</p> <p>“que agente diga que se consegue ver bem ao espelho também não se consegue” (1.113)</p> <p>“não me sinto como me sentia antigamente, sinto-me sempre com complexos” (5.6)</p> <p>“A forma como eu me sinto agora não é nada igual a forma como eu me sentia antes de ser operada” (5.10)</p> <p>“Eu queria voltar a ser aquilo que era” (6.2)</p> <p>“não consigo dizer que quando me olho ao espelho que me goste muito de me ver, não, não gosto.” (6.4)</p> <p>“mas eu queria ser como era, ah isso sem dúvida!” (9.7)</p> <p>“... eu não me consigo aceitar na totalidade como era dantes” (9.13)</p>	
Vergonha	<p>“Não tinha complexos nenhuns em relação ao meu corpo. Depois de ter feito a cirurgia começou a ser diferente, comecei a sentir-me mais complexada” (5.3)</p> <p>“foi muito difícil iniciar novamente um relacionamento com pessoa que tenho agora, deixá-lo ver a minha mama...” (9.12)</p>	
Limitações em actividades sociais	“Quando estou na praia ou com uma camisola mais decotada, por exemplo, estou sempre a olhar porque acho sempre que se nota alguma coisa...” (5.7)	
Rejeição acentuada do corpo mastectomizado	<p>“durante o período que andei sem bico da mama foi muito difícil, não me conseguia ver ao espelho” (1.72)</p> <p>“ver de frente para o espelho era muito complicado” (1.75)</p> <p>“acho muito complicado as pessoas verem-se ao espelho assim. Acho horrível” (1.105)</p> <p>“Nunca me deparei na totalidade com a mastectomia porque (...) fiquei logo com volume, e mesmo assim não me conseguia ver ao espelho porque não tinha o bico da mama” (1.106)</p>	
Melhoria na corporalidade após reconstrução	<p>“felizmente agora não me sinto diminuída nesse campo embora haja sempre qualquer coisa que fica” (1.84)</p> <p>“Agora aceito-me de uma maneira diferente mas há sempre um “mas” aqui.” (1.89)</p> <p>“Agora já com a reconstrução toda feita já não se nota praticamente a diferença mas não é a minha mama” (1.110)</p> <p>“aceito-me muito melhor agora do que me aceitava antes de fazer a reconstrução toda.” (6.7)</p> <p>“antes não ficava nua à frente de ninguém” (6.8)</p>	

<b>Vivência da sexualidade</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância da aceitação e apoio por parte do companheiro ***	<p>“até aí eu não me conseguia despir à frente de ninguém e a partir daí consegui”</p> <p>“conseguiu realmente fazer com que eu aceitasse ver-me nua”</p> <p>“foi uma pessoa que me ajudou muito nesse sentido”</p> <p>“até diz que esta mama é dele, sempre me deu elogios”</p> <p>“o meu actual companheiro ajudou-me muito nesse campo”</p> <p>“não me faz sentir mal, pelo contrário”</p> <p>“já sou muito mais desinibida porque o tenho a ele ao meu lado e ele foi muito compreensivo comigo”</p>	<p>(1.77)</p> <p>(1.79)</p> <p>(1.127)</p> <p>(1.128)</p> <p>(9.3)</p> <p>(9.6)</p> <p>(9.14)</p>
Recuperação gradual da sexualidade	<p>“ao nível da sexualidade não me sinto diminuída”</p> <p>“Não me sinto uma mulher diminuída ao nível da sexualidade”</p> <p>“Ao nível da sexualidade com ele sinto-me bem, não estou inibida de nada”</p>	<p>(1.125)</p> <p>(9.1)</p> <p>(9.7)</p>
Constrangimentos na actividade sexual	<p>“Antes era uma mulher completamente desinibida a nível sexual e agora já não sou tanto”</p> <p>Tenho alturas em que se tiver que ter a relação sexual toda com o sutiã isso não me incomoda e antigamente incomodava.”</p> <p>“Eu sempre gostei de me despir logo toda e agora (...) já me retraio mais nesse campo”</p> <p>“se agora iniciasse um novo relacionamento (...) eu não iria conseguir despir-me assim à primeira, ia tentar tapar um bocado”</p> <p>“Não há aquele à-vontade que havia antigamente”</p>	<p>(9.1)</p> <p>(9.9)</p> <p>(9.11)</p> <p>(9.15)</p> <p>(9.17)</p>
<b>Vivência do relacionamento conjugal</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância do apoio facultado pelo companheiro***	<p>“tem sido uma pessoa muito importante na minha vida”</p>	<p>(1.129)</p>
Mau relacionamento com o primeiro companheiro	<p>“a minha relação conjugal já estava mal e piorou (...) foi sempre uma pessoa muito fria durante o processo todo.”</p> <p>“Ele era uma pessoa que estava na sala de espera, sabia que eu ia saber o resultado e estava a rressonar, adormeceu!”</p> <p>“até um dia me disse que... se eu tinha a doença que tinha, era porque era castigo de Deus, e era porque o merecia. A partir daí a nossa relação acabou completamente”</p>	<p>(1.10)</p> <p>(1.12)</p> <p>(1.25)</p>
Influência do tipo de companheiro	<p>“Depende do homem que nós temos ao nosso lado, depende do amor que sintam por nós”</p> <p>“Tem que ser uma pessoa que goste muito de nós para aceitar uma situação dessas, para que nos possa dar apoio.”</p> <p>“Talvez se eu na altura tivesse o relacionamento que tenho agora (...) talvez me tivesse sentido muito melhor, se calhar não tinha passado por tanto como passei”</p>	<p>(7.2)</p> <p>(7.3)</p> <p>(7.11)</p>
<b>Percepções sobre a cirurgia</b>	Transcrições	(X.Y)

<b>reconstrutiva</b>		
Enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal	“Mas sem dúvida nenhuma que agora com a reconstrução final me sinto completamente diferente”	(1.118)
Enquanto melhoria na sexualidade	“Acho que é, sem dúvida uma mais-valia, sem dúvida” “acho que para o homem também é sempre diferente, pode amá-la muito, gostar muito dela, mas acho que olhariam de forma diferente.”	(8.1) (8.2)
Enquanto superação de limitações	“quando me dispo já não sinto a mesma coisa que sentia antes de ter a reconstrução toda”	(9.19)
Reconstrução encarada como indispensável	“eu nunca me conseguiria ver sem mama” “deixava de ser a mesma mulher se me visse mastectomizada” “Faz-me extremamente impressão como é que há mulheres que são mastectomizadas e não fazem a reconstrução porque eu não conseguiria viver assim.” “Eu acho que nunca mais me conseguiria ver ao espelho, que nunca mais conseguiria iniciar um relacionamento com ninguém” “Se eu não tivesse feito a reconstrução iria me sentir horrível” “que alguém me visse mais algum dia nua, isso não! Nem eu própria voltaria a olhar-me ao espelho” “para mim acho que era um bocado da minha morte ali” “Não sei, não consigo, não consigo perceber” “deixamos de ser um bocadinho aquilo que nós somos”	(1.71) (1.96) (1.101)  (1.102)  (2.1) (2.4)  (2.10) (2.12) (8.2)
Aconselhamento para realizar a reconstrução independentemente da faixa etária	“aconselho todas as mulheres a fazerem a reconstrução” “a todas elas digo para fazerem”	(1.100) (1.105)

\*\*\* Relativamente ao segundo companheiro

Referente à análise individual dos subtemas da entrevistada Olívia salienta-se a rejeição acentuada do corpo mastectomizado e a grande insatisfação com a imagem corporal, apesar de ter feito a reconstrução da mama. O flagelo na imagem corporal leva a participante a ter vergonha do seu corpo, pelo que não só omite severamente o facto de ser mastectomizada como apresenta limitações em actividades em que haja exposição do próprio corpo. Essas limitações estendem-se igualmente a vivência da sexualidade onde foram mencionados alguns constrangimentos, contudo faz jus de uma recuperação gradual nesse domínio onde menciona a importância da reconstrução, bem como, da aceitação e apoio por parte do companheiro actual. Neste contexto, a participante encara a reconstrução como indispensável enquanto melhoria na auto-estima, na imagem corporal, sexualidade e enquanto superação de limitações psicológicas. Acrescenta-se que embora não esteja totalmente

satisfeita com os resultados estéticos da cirurgia reconstrutiva, Olívia refere uma melhoria substancial, em todas as suas vivências, proporcionada pela reconstrução pelo que vivamente a recomenda a todas as mulheres independentemente da faixa etária. Quanto à vivência do relacionamento conjugal salienta-se o mau relacionamento que teve com o companheiro que tinha, aquando do diagnóstico da doença, devido à sua falta de apoio e acompanhamento culminando na separação do casal. No entanto, actualmente detém uma relação satisfatória com o actual parceiro onde enfatiza a importância do apoio por ele facultado, pelo que apela à importância do tipo de companheiro neste domínio.

**Tabela 6** – Análise individual dos subtemas da entrevistada **Elisabete**.

54 Anos  
11 Anos decorridos desde a cirurgia final  
Mastectomia unilateral com reconstrução imediata

Processo saúde-doença	Transcrições	(X.Y)
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	“fiquei desorientada, não aceitava ninguém”	(2.1)
Vivências depressivas na fase inicial	“à noite é que eu chorava” “o mundo para mim tinha acabado, já não tinha saúde nem solução, não tinha, não tinha nada”	(1.14) (2.2)
Sofrimento associado ao processo saúde-doença	“é uma doença muito dura”	(2.20)
Sofrimento associado à mastectomia	“o médico me disse directamente que tinha que tirar o peito e chorei, ele aturou-me as crises que eu tive quando soube” “para mim já nada tinha sentido (...) o mundo para mim já não existia. (...) já não aceitava ninguém.” “acho que é muito, muito, muito, muito mau uma pessoa acordar e não ter o peito, ver-se ao espelho e não ter peito!” “para mim já nada fazia sentido” “iria me sentir frustrada quando arranja-se um novo companheiro porque (...) ou então não arranjava ninguém” “Já não vou gostar de mim própria, vou ver-me ao espelho e já não vou gostar de mim própria” “vou ser uma pessoa mutilada sem gosto pela vida” “já não vou aceitar ninguém porque esse alguém que eu espero que me aceite não vai... gostar de mim” “porque na altura que ele me disse que ia... senti-me nada, um zero, ali já não... nada existia à minha volta, nem família, nem amigos nem nada...”	(1.9) (1.10) (2.4) (2.8) (2.10) (2.13) (2.14) (2.15) (2.22)
Rejeição do	“não queria que eles me dissessem assim - Olha coitada, ela é	(2.24)

estigma social	cancerosa, ela tem cancro -, não.”	
Satisfação por ter sobrevivido	“aqui estou, contente e com saúde.”	(1.20)
Recuperação da normalidade no quotidiano *	“A cirurgia (...) transtornou-me um pouco e provocou-me algumas diferenças porque (...) praticamente todos os meus movimentos vão buscar as forças aos braços para compensar o problema que tenho na perna. (...) E portanto, se já tinha problemas em me movimentar por causa da perna agora com a cirurgia ficou ainda mais difícil porque já não tenho a força que tinha no braço do lado direito.”	(5.1)
<b>Vivência do corpo</b>	Transcrições	(X.Y)
Sem alterações	“nesse aspecto as coisas são iguais”	(6.1)
Manutenção de uma boa auto-estima e boa satisfação com a imagem corporal	“Sinto à mesma bonita tanto a nível interior como a nível exterior”	(6.1)
<b>Vivência da sexualidade</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância da aceitação e apoio por parte do companheiro ***	“ele aceitou-me bem... até mesmo antes de ter reconstruído o bico da mama”	(6.4)
Sem alterações	“Na sexualidade também ficou tudo igual”	(6.2)
<b>Vivência do relacionamento conjugal</b>	Transcrições	(X.Y)
Importância do apoio facultado pelo companheiro***	“ele aceitou-me bem (...) e agora estamos a viver juntos”	(6.3)
<b>Percepções sobre a cirurgia reconstrutiva</b>	Transcrições	(X.Y)
Enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal	“a reconstrução é muito bom ao nível físico e psicológico porque nos sentimos bem perante nós próprias, perante um espelho ao vermo-nos o nosso corpo” “enche um vazio que se iria tornar dentro nós, tapa aquele buraco...”	(4.5) (4.10)
Enquanto superação de limitações	“perante as pessoas amigas e a sociedade em geral porque, com a reconstrução, já não nos sentimos retraídas em despirmo-nos, ou em vestirmos um vestido ou em irmos a praia, por exemplo.” “só o facto de se ir a praia e de estar sempre com aquele problema, não!”	(4.6) (4.16)
Evitamento do uso de próteses	“As pessoas dizem que depois usamos uns sutiãs com a forma do peito e tal mas isso não é nada... para mim, não é nada.”	(4.13)
Reconstrução encarada como	“disse que ia fazer a reconstrução pensei diferente, estava com a convicção que ia viver, comecei então a pensar de forma	(2.20) (4.1)

indispensável	<p>positiva, comecei a sentir-me novamente mulher”</p> <p>“A mim fez-me um alívio de 100%. Tirou-me 100% da... da minha incapacidade psíquica, que eu estava a ter.”</p> <p>“Eu desci de 90 para o 0 quando ele me disse que ia tirar o peito e depois (...) subi novamente, senti-me novamente viva”</p> <p>“é uma coisa muito positiva”</p>	(4.2) (4.12)
Aconselhamento para realizar a reconstrução independentemente e da faixa etárias	“recomendo-a a qualquer mulher seja ela nova ou já mais velha”	(4.12)

\* Representa o antónimo do subtema estipulado

\*\*\* Relativamente ao segundo companheiro

No que diz respeito à análise individual dos subtemas da entrevistada Elisabete, e de forma resumida, denota-se a rejeição acentuada do corpo mastectomizado sendo visível o sofrimento psicológico associado à ideia de ficar mutilada, contudo a participante procedeu a cirurgia reconstrutiva imediata pelo que nunca se deparou com a mastectomia. Deste modo não foram sentidas quaisquer alterações na vivência do corpo, sendo notória a manutenção de uma boa auto-estima e satisfação com a imagem corporal. Quanto as vivências da sexualidade e do relacionamento conjugal também não foram sentidas quaisquer alterações tendo sido referida, neste âmbito, a importância da aceitação e apoio por parte do actual companheiro. A participante encara, portanto, a reconstrução como indispensável enquanto melhoria na auto-estima, na imagem corporal e enquanto superação de limitações em actividades sociais que apelem a exposição do corpo, bem como, o evitamento do uso de próteses externas. Acrescenta-se que se encontra satisfeita com a reconstrução estética reconstrutiva da mama aconselhando-a à todas as mulheres, independentemente da faixa etária.

## 2. Análise e discussão das tabelas comparativas.

Serão de seguida apresentadas as tabelas comparativas que reúnem todos os subtemas, referentes aos respectivos temas objectivando, deste modo, uma comparação entre sujeitos. Assim, para cada tabela geral foi feita, em simultâneo, uma análise comparativa intra e inter-grupal dos dados. Não obstante, as tabelas referentes ao processo saúde-doença e às percepções sobre a cirurgia reconstrutiva serão apenas alvo de análise enquanto as tabelas comparativas sobre as vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal serão, simultaneamente, alvo de análise e de discussão dos dados por responderem directamente ao

nosso objectivo de estudo. Deste modo, as duas primeiras tabelas serão somente utilizadas como auxiliares na interpretação e discussão dos resultados das últimas três permitindo-nos, desta maneira, uma interpretação e discussão dos resultados mais rica e consistente.

### 2.1. Análise dos dados obtidos nas tabelas auxiliares.

**Tabela 7** – Tabela geral de subtemas relativos ao tema Processo saúde – doença.

Processo saúde - doença	Grupo 1			Grupo 2		
	Justa	Arminda	Helena	Margarida	Olívia	Elisabete
Dificuldade em aceitar o diagnóstico	(1.1)	(1.39)	(1.2)	(2.5)	(1.4)	(2.1)
Vivências depressivas na fase inicial	(1.2)		(1.15)	(2.9)	(1.9)	(2.2)
Sufrimento associado ao processo saúde - doença	(1.3)		(1.2)	(7.17)	(1.91)	(2.20)
Sufrimento associado à quimioterapia	(1.7)		(1.29)	(3.9)		
Sufrimento associado à mastectomia	(19.10)	(6.5)	(5.6)	(4.2)	(1.33)	(2.14)
Rejeição do estigma social	(28.10)	(15.2) *	(2.24)	(1.41)	(3.11)	(2.24)
Omissão da mastectomia	(16.7)	(15.2) *			(3.8)	
Satisfação por ter sobrevivido	(3.3)		(6.2)	(1.35)	(1.123)	(1.20)
Recuperação da normalidade no quotidiano	(24.9)	(1.53) *	(3.19)	(7.15)	(1.121)	(5.1) *
Inconformismo com a incapacidade		(1.44)				
Inconformismo com a dependência do marido		(10.2)				
Vivências depressivas na fase de sobrevivência		(1.58)				
Sufrimento causado à família			(7.11)			
Rejeição acentuada da mastectomia					(1.32)	
Falta de apoio por parte do companheiro					(1.13)	

\* Representa o antónimo do subtema estipulado

Na análise relativa a forma como foi experienciado todo o processo de adoecer - por cancro da mama - até ao momento actual de sobrevivência, denota-se que todas as participantes sentiram dificuldade em aceitar o diagnóstico e referenciaram a penosidade associada a mastectomia. Verificou-se ainda que a maioria, exceptuando Arminda, mencionou vivências depressivas na fase inicial da doença, sofrimento associado ao processo saúde doença, rejeição do estigma social, satisfação por ter sobrevivido e a recuperação da normalidade no quotidiano (embora com algum comprometimento na mobilidade física no caso de Elisabete). Quanto a participante Arminda constata-se que se distingue da amostra global por ter um processo saúde-doença centralizado na incapacidade e na dependência do marido em detrimento dos temas dominantes das restantes participantes que compõe a amostra como: a penosidade dos tratamentos e o flagelo provocado ao nível da imagem corporal. Desta forma, se compreende que o sofrimento referenciado por Arminda se focalize na fase de sobrevivência (acarretando vivências depressivas) e que não tenha sido mencionada a satisfação por ter sobrevivido. No subtema omissão examina-se estar apenas presente em Justa e Olívia que foram igualmente as participantes que demonstraram maior preocupação com o comprometimento da estética corporal após ablação da mama. Quanto a outras peculiaridades sublinha-se a rejeição acentuada da mastectomia e a falta de apoio por parte do companheiro no caso de Olívia, bem com, o ênfase dado ao sofrimento causado à família (no período que decorreram os tratamentos) no testemunho de Helena. Por fim, acrescenta-se que o subtema referente ao sofrimento associado à quimioterapia encontra-se presente em todas as participantes que se submeteram a essa modalidade terapêutica tendo sido, nesse contexto, sobretudo mencionado o impacto negativo na imagem corporal provocado pela queda de cabelo.

**Tabela 8** – Tabela geral de subtemas relativos ao tema Percepções sobre a Cirurgia Reconstructiva.

Percepções sobre a cirurgia reconstructiva	Grupo 1			Grupo 2		
	Justa	Arminda	Helena	Margarida	Olívia	Elisabete
Desejo em realizar a reconstrução	(10.2)	(5.9) *				
Inconsistência quanto ao desejo de realizar a reconstrução			(4.2)			
Opinião favorável do companheiro	(30.11)					
Opinião neutra do companheiro			(7.21)			
Evitamento do sofrimento inerente à realização de mais cirurgias		(5.1)	(7.25)			
Idade avançada		(5.1)				
Enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal	(16.2)		(4.12)	(5.4)	(9.19)	(4.5)
Enquanto melhoria na sexualidade	(34.1)		(14.1) **		(8.1)	
Enquanto superação de limitações	(11.5)			(6.4)	(9.19)	(4.6)
Evitamento do uso de próteses				(6.4)		(4.13)
Reconstrução encarada como indispensável				(4.25)	(1.101)	(4.1)
Aconselhamento para realizar a reconstrução independentemente da faixa etária				(5.8)	(1.100)	(4.12)

\*\* Representa a pouca influência do subtema estipulado

No que diz respeito à análise das percepções sobre a cirurgia reconstructiva verifica-se que no grupo sem reconstrução Justa revela muita vontade em submeter-se reconstrução e encontra-se em período de espera por fazê-la; pelo contrário, Arminda que não quis nem sente necessidade de submeter-se a tal procedimento. Helena, por sua vez, revela um desejo inconsistente na medida em que não optou pela reconstrução mas refere que teria sido positivo em alguns aspectos e que, em outras condições psicológicas no momento em que lhe foi dada essa opção, talvez tivesse optado por fazê-la (neste contexto recorda-se a opinião

neutra do companheiro relativamente a esse assunto). Quanto as razões que levaram Arminda e Helena a recusarem a reconstrução, estas prendem-se com o evitamento do sofrimento inerente à realização de mais cirurgias para ambas e ainda, no caso particular de Arminda, a idade avançada que têm. Por sua vez, no grupo com reconstrução todas as participantes recomendam a cirurgia reconstrutiva a todas as mulheres, independentemente da faixa etária, sendo mesmo encarada como indispensável em Olívia e Elisabete. Numa perspectiva comparativa salienta-se que independentemente de terem ou não sido submetidas à cirurgia reconstrutiva, a maioria das participantes, exceptuando Arminda, reconhece a sua qualidade enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal. Outra qualidade bastante referida, à excepção de Arminda e Helena, e que vai ao encontro da supracitada foi a contribuição da reconstrução na superação de limitações em situações que envolvam a exposição do corpo tais como ir a praia, o tipo de vestuário utilizado e despir-se perante alguém. À contribuição na melhoria da sexualidade foi lhe dada menor relevância tendo apenas sido mencionada por Justa e Olívia (no caso de Helena, apesar de referida, é perceptível no seu contexto discursivo a sua irrelevância). No caso de Margarida e Elisabete foi ainda mencionado o evitamento da utilização de próteses externas.

#### **4.3. Análise e discussão dos dados obtidos nas tabelas principais.**

Antes de iniciarmos a análise e discussão dos resultados das próximas tabelas comparativas lembramos que o presente estudo propõe-se a estudar o impacto da mastectomia nas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal, em mulheres mastectomizadas por cancro de mama. Concomitantemente procura averiguar a existência, ou não, de diferenças nas vivências supracitadas entre mulheres com e sem cirurgia estético-reconstrutiva.

Nesta reflexão não se pretende fazer generalizações mas sim, compreender qualitativa e detalhadamente as vivências de cada uma das participantes e estabelecer comparações entre os dois grupos. Deste modo, procuraremos estabelecer ligações entre as alegações teóricas existentes na literatura e os resultados obtidos na análise do nosso estudo. Para o efeito, os estudos em que se baseará a discussão que se segue encontram-se desenvolvidos no capítulo da fundamentação teórica.

A discussão dos resultados será então abordada pela ordem em que foram colocadas as questões de investigação e será efectuada, tendo sempre em conta todo o contexto discursivo das entrevistadas. Desta forma, achamos pertinente a citação de algumas transcrições ao longo

da discussão para facilitar o processo interpretativo. Por último relembramos, uma vez mais, que ao grupo sem reconstrução pertencem as inquiridas Justa, Arminda e Helena e ao grupo com reconstrução Margarida, Olívia e Elisabete.

**Tabela 9** – Tabela geral de subtemas relativos ao tema Vivência do corpo.

<b>Vivência do corpo</b>	<b>Grupo 1</b>			<b>Grupo 2</b>		
	Justa	Arminda	Helena	Margarida	Olívia	Elisabete
Mutilação	(1.10)	(9.6)	(8.1)	(1.21)		
Desfiguramento corporal	(33.12)	(13.1)	(4.11)			
Insatisfação com a imagem corporal	(17.1)	(13.3)	(9.1)		(1.98)	
Vergonha	(16.4)				(5.3)	
Limitações em actividades sociais	(24.1)				(5.7)	
Conformismo com a imagem corporal		(13.5)	(5.20)			
Sem alterações		(12.1)		(10.1)		(6.1)
Manutenção de uma boa auto-estima e boa satisfação com a imagem corporal				(7.20)		(6.1)
Rejeição acentuada do corpo mastectomizado					(1.106)	
Melhoria na corporalidade após reconstrução					(6.7)	

Iniciando a nossa abordagem às vivências do corpo, verifica-se que todas as participantes, do grupo sem reconstrução, sentem-se mutiladas “*nós ficamos mutiladas*”<sup>(J - 1.10)</sup> e percebem o seu corpo como estando desfigurado “*eu queria estar composta e não estou*”<sup>(H - 4.11)</sup> o que não se constata nas participantes do grupo com reconstrução. Estas observações corroboram com estudo qualitativo de Ferreira e Mamede (2003), pois as mulheres mastectomizadas (sem reconstrução) também referenciaram a mutilação corporal. A morbidade psicológica relativa à estética do corpo feminino, quando não sujeito à reconstrução, é evidente no exemplo de Margarida que apenas se sentiu mutilada no período antecedente à cirurgia reconstrutiva “*fiquei com o peito completamente liso, como se de um bebé se tratasse*”<sup>(M - 1.21)</sup>. Nesta linha de raciocínio, enfatiza-se o facto de que todas as participantes que não se submeteram a cirurgia estético-reconstrutiva sentem-se insatisfeitas com a sua imagem corporal “*quando vou tomar banho ou assim - Ai meu Deus! -*”<sup>(H - 9.1)</sup> em

oposição à inexistência de alterações, na vivência do corpo, em Margarida e Elisabete “*sinto à mesma bonita tanto a nível interior como a nível exterior*” (E - 6.1) onde é confirmada a manutenção de uma boa auto-estima “*Porque ela arranja-se, porque ela maquilha-se e porque ela vai jantar fora e porque ela continua a ter gosto em se arranjar...*” (M - 1.63).

Relativamente a participante Olívia presenciamos um caso peculiar pois observa-se acentuada insatisfação com a sua imagem corporal “*não posso dizer que quando me vejo ao espelho que goste de me ver*” (O - 1.98), apesar de ter sido sujeita a reconstrução, mas em contrapartida verifica-se que rejeita acentuadamente o corpo mastectomizado “*Nunca me deparei na totalidade com a mastectomia porque (...) fiquei logo com volume, e mesmo assim não me conseguia ver ao espelho porque não tinha o bico da mama*” (O - 1.106) e que experienciou uma grande melhoria na corporalidade após ter realizado a cirurgia estético-reconstrutiva da mama “*aceito-me muito melhor agora do que me aceitava antes de fazer a reconstrução toda*” (O - 6.7) referindo-se a esta como vital “*para mim acho que era um bocado da minha morte ali*” (O - 2.10). Estes factos podem hipoteticamente ser explicados por Olívia fazer uma negação da sua condição de mastectomizada “*Eu queria voltar a ser aquilo que era*” (O - 6.2) aliado ao facto de ser a participante onde decorreu menos tempo desde a cirurgia final (2 anos) e de dar muita importância a estética corporal “*Talvez tenha a ver com a minha profissão, de eu estar muito ligada à parte estética, ou talvez tenha a ver comigo mesmo porque eu sempre dei valor ao meu corpo*” (O - 2.6)

Quanto aos depoimentos de Justa, Arminda, Helena e Olívia, dado que Margarida e Elisabete não sentiram alterações ao nível da vivência do corpo, importa aqui analisar algumas divergências observadas. O flagelo na imagem corporal é sobretudo notório em Justa e Olívia “*nunca consegui olhar-me como deve ser ao espelho*” (O - 1.109) levando-as a sentirem vergonha do corpo que têm “*só eu é que me vejo, mais ninguém me vê*” (J - 1.10), pelo que não só omitem o facto de serem mastectomizadas “*Até há mesmo certas pessoas da minha família que não sabem que eu tirei a mama*” (O - 3.16) como apresentam limitações em actividades em que o corpo seja exposto “*vestia-me de outra maneira (...), ia à praia*” (J - 24.1). Neste domínio relembramos vários estudos (Almeida, 2006; Amorim, 2006; Andrade e Duarte, 2003; Carver et al., 1998; Garcia, 2006) que defendem que perante as dificuldades em lidarem com o próprio corpo, as mulheres mastectomizadas sentem-se menos femininas e fisicamente menos atractivas pelo que frequentemente evitam olharem-se e mostrarem-se. A presença do subtema omissão, apenas em Justa e Olívia, deve-se ao facto de terem igualmente sido as participantes que mais ressentiram o comprometimento da estética corporal e explica-se porque o sentimento de vergonha, percebido como um momento de catástrofe psíquica em

que o indivíduo é desnudado em alguma imperfeição, reforça o silêncio e o segredo na esfera privada, tal como averiguado nas investigações de Andrade e Duarte (2003), Beckhauser e Volles (2004) e Garcia (2006). Acrescenta-se ainda que os constrangimentos observados, e decorrentes dos complexos com o corpo, corroboram com o estudo qualitativo de Andrade e Duarte (2003), sobre questões ligadas às vivências de mulheres mastectomizadas, onde algumas limitações e dificuldades em lidar com situações que envolviam a exposição do próprio corpo também se figuraram.

Contrariamente ao expectável, as participantes Arminda e Helena (ambas sem reconstrução) manifestam maior conformismo com a sua imagem corporal “*eu penso que agora ultrapassei*”<sup>(H - 5.20)</sup> do que Olívia (com reconstrução). Esta situação deve-se a várias razões: pela forma intensa, atrás descrita, como Olívia valoriza a componente estética; pelo facto de decorrido algum tempo após a cirurgia, as mulheres deparam-se com a necessidade de se conformarem com a realidade e de se ajustarem a nova imagem corporal, tal como averiguado na investigação de Ferreira e Mamede (2003); bem como pelos motivos que levam Helena e Arminda a lidarem melhor com as sequelas estéticas do que a participante Justa.

O conformismo de Helena com a sua imagem corporal pode hipoteticamente ser explicado pela tónica posta na penosidade dos tratamentos “*A experiência foi muito, muito difícil*”<sup>(H - 1.2)</sup> e no sofrimento causado à família nuclear durante esse período “*para o meu marido então... apanhava-o a chorar por todos os cantos*”<sup>(H - 7.11)</sup> levando-a, deste modo, a relativizar as sequelas estéticas. Além disso, o facto de já se terem decorrido 12 anos desde a cirurgia final poderá também ter contribuído.

Arminda, apesar de manifestar alguma insatisfação com a sua imagem corporal “*se calhar cá por dentro alguma coisa mexe*”<sup>(A - 13.3)</sup>, encontra-se bastante conformada com os resultados estéticos da mastectomia “*isso já foi ultrapassado*”<sup>(A - 13.5)</sup> não sentindo, por isso, alterações ao nível da vivência do corpo “*enquanto mulher (...) é a mesma coisa*”<sup>(A - 12.1)</sup>. Esta situação, pouco previsível e enfatizada por ser a única participante com mastectomia bilateral, deve-se ao facto das limitações físicas de Arminda serem de tal ordem que constou-se ser a única participante que não conseguiu uma recuperação da normalidade no quotidiano “*é muito difícil a minha vida...*”<sup>(A - 1.53)</sup> e que, por isso, dá conta de vivências depressivas na fase de sobrevivência “*Tenho muitos dias em que acordo e não me apetece levantar*”<sup>(A - 1.58)</sup>. Não é de estranhar, portanto, que focalize o seu sofrimento e a sua preocupação na incapacidade “*o pior que tudo é a gente querer fazer coisas e não poder*”<sup>(A - 1.44)</sup> e dependência do marido (resultante da incapacidade severa) “*agora sinto que necessito de ... que estou dependente do meu marido*”<sup>(A - 10.2)</sup> em consequência da perda da força nos braços;

tornando óbvia uma radical minimização das sequelas estéticas. Além disso, poderá também ser fundada na discrepância de idades existente entre Arminda (78 anos) e as restantes participantes (compreendidas ente 44 e 57 anos).

Desta forma, e respeitante ao grupo sem reconstrução, facilmente se entende que justa seja a única do seu grupo que deseje e tencione submeter-se a cirurgia estético reconstrutiva “*eu gostaria muito de fazer!*” (J - 10.2), que Helena testemunhe uma opinião inconstante a respeito (visto vivenciar um conflito de aproximação-afastamento entre benefícios e desvantagens) “*Sei lá, se fosse hoje até se calhar fazia a reconstrução, mas na altura não! Estava completamente fora de hipótese*” (H - 4.2) e que Arminda não deseje submeter-se à cirurgia reconstrutiva, alegando não sentir essa necessidade “*não tenho a reconstrução, nem quero!*” (A - 3.1). Quanto às razões que levaram Arminda e Helena a recusarem a reconstrução estas prendem-se com o evitamento do sofrimento inerente à realização de mais cirurgias para ambas “*ao saber que o meu marido sofreu tanto comigo (...) e de me sujeitar a mais ... pronto foi para fugir ao sofrimento...*” (H - 7.25) e ainda, no caso particular de Arminda, à idade avançada que têm “*não tenho idade já para isso*” (A - 5.1). No estudo de Garcia (2006) também se verificou que algumas mulheres não optaram pela cirurgia reconstrutiva por provocar medos e lembranças dolorosas que ultrapassam a vontade de se livrarem das próteses e de se sentirem mais bonitas e sedutoras. Por sua vez, todas as participantes do grupo com reconstrução encararam a cirurgia reconstrutiva como indispensável “*Eu descí de 90 para o 0 quando ele me disse que ia tirar o peito e depois (...) subi novamente, senti-me novamente viva*” (E - 4.12) e aconselham-na a todas as mulheres independentemente da faixa etária “*Mesmo para pessoas de outras faixas etárias, mais velhas, continuo a ser dessa opinião*” (M - 5.8).

Posto isso facilmente se percebe que a maioria das participantes, exceptuando Arminda, reconheça a competência da cirurgia reconstrutiva enquanto melhoria na auto-estima e imagem corporal. Este facto vai de encontro às evidências empíricas da maioria dos estudos sobre o tema (Elder e tal., 2005; Souza, 2007; Vianna, 2004) onde se constatou que razões emocionais, como a manutenção da auto-estima e o sentirem-se “inteiras”, se figuram como primordiais na escolha pela reconstrução. Outra qualidade bastante referida, à excepção de Arminda e Helena, e que vai ao encontro da supracitada foi a contribuição da cirurgia reconstrutiva na superação de limitações em situações que envolvam a exposição do corpo (ex: ir a praia, tipo de vestuário utilizado e despir-se perante alguém) como verificado no estudo de Souza (2007). No caso de Margarida e Elisabete foi ainda mencionado o evitamento da utilização de próteses externas o que vai de encontro ao estudo de Garcia (2006) onde o mesmo é mencionado.

Tendo em conta as observações supracitadas, verifica-se que o tema dominante no conjunto das entrevistas foi o impacto negativo da mastectomia na vivência do corpo. Deste modo, confirmamos que a mama se constitui como símbolo corporal de feminilidade e beleza sendo que a sua perda geralmente afecta negativamente a imagem corporal e a auto-estima das mulheres, tal como postulados pela maioria dos autores (Almeida, 2006; Amorim, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Cunha, 2004; Ferreira & Mamede, Lopes, Shimo, & Vieira, 2007; 2003; Pikler & Winterowd, 2003). Contudo, verifica-se que o grau de comprometimento da imagem corporal pode divergir bastante mesmo quando comparadas participantes de um mesmo grupo (Ex: caso de Arminda e Olívia).

Quanto ao efeito da cirurgia estético-reconstrutiva verifica-se que influencia favoravelmente a vivência do corpo isto porque: as participantes sem reconstrução dão conta de problemáticas ao nível da imagem corporal (Embora pouco evidente em Arminda pelas razões supracitadas); Margarida e Elisabete não sentiram alterações na vivência do corpo; e em Olívia, apesar se ressentir com a imagem corporal, contrariamente às participantes do seu grupo, percebe-se que a reconstrução constitui-se como uma mais-valia. Portanto os resultados obtidos na nossa amostra corroboram com a maioria dos estudos na área (Constant et al., 2004; Cunha, 2004; Ferreira e Mamede, 2003; Oiz, 2005; Vianna, 2004) onde também se apurou que a cirurgia estético-reconstrutiva contribui para a melhoria da componente estética relativa a deformação corporal provocada pela cirurgia ablativa e, conseqüentemente, para a diminuição dos transtornos emocionais e psicológicos decorrentes da mutilação como, por exemplo, a perda da auto-estima.

**Tabela 10** – Tabela geral de subtemas relativos ao tema Vivência da sexualidade.

	Grupo 1			Grupo 2		
Vivência da sexualidade	Justa	Arminda	Helena	Margarida	Olívia	Elisabete
Importância da aceitação e apoio por parte do companheiro	(32.3)		(7.21)	(8.16)	(1.127) ***	(6.4) ***
Recuperação gradual da sexualidade	(30.12)		(7.20)		(9.1)	
Constrangimentos na actividade sexual	(32.2)		(8.4)		(9.17)	
Sem alterações		(12.5)		(9.1)		(6.2)
Pouca importância dada a sexualidade		(5.10)				

\*\*\* Relativamente ao segundo companheiro

Nas vivências da sexualidade observa-se que, de modo geral, todas as participantes reportam uma sexualidade satisfatória tendo sido, neste âmbito e pela maioria (excepto Arminda), referida a importância da aceitação e apoio por parte do companheiro “*ele não me olha de maneira diferente!*” (H - 7.29). Em Justa, Helena e Olívia o processo de recuperação foi gradual “*às vezes nem admitia que ele me tocasse (...) mas agora está tudo lindamente*” (J - 30.12) e verificam-se alguns constrangimentos na actividade sexual “*Não há aquele à-vontade que havia antigamente*” (O - 9.12). Estas observações vão de encontro ao estudo qualitativo de Andrade & Duarte (2003), sobre questões ligadas à sexualidade, onde se verificou que algumas mulheres mastectomizadas, apesar de apresentam algumas limitações e dificuldades em lidar com situações que envolviam a exposição do corpo, produziram diversos modos de voltarem a significar e expressar a sexualidade de forma potencializadora nas relações quotidianas. Desta forma, a nossa amostra não revela grandes sequelas na vivência da sexualidade ao ponto das mulheres evitarem os contactos sexuais tal como divulgado nos estudos de Almeida (2006), Carver et al. (1998) e Garcia (2006). Por sua vez, em Arminda, Margarida e Elisabete não foram sentidas quaisquer alterações na vivência da sexualidade “*Na sexualidade também ficou tudo igual*” (E - 6.2) daí não se figuraram quaisquer constrangimentos na actividade sexual.

No caso particular de Arminda observa-se que dá pouca importância à sexualidade “*eu nunca fui pessoa assim de coisas... pessoa de sexo...*” (A - 16.1) referindo mesmo ausência de relações sexuais com o companheiro “*não se faz não se faz... nunca se fez*” (A - 16.7). Assim, e hipoteticamente aliado à idade avançada (78 anos) comparativamente à amostra global (44-57 anos), compreende-se que não tenha vivenciado nenhuma alteração na vivência da sexualidade, apesar de sujeita a mastectomia bilateral e de não ter feito a reconstrução. Podemos então fazer uma certa analogia entre o caso de Arminda e investigação realizada por Andrade e Duarte (2003) onde a cirurgia estético-reconstrutiva se figurou, para a maioria da amostra, como possibilidade das mulheres mastectomizadas recuperarem a sua feminilidade, sensualidade e erotismo; sendo que a única entrevistada que não relatou ter interesse em reconstruir a mama deveu-se ao facto de não ter nenhum companheiro.

Por outro lado, no testemunho de Olívia denota-se uma grande lacuna ao nível da imagem corporal, apesar de ter sido submetida a cirurgia reconstrutiva, sendo os acentuados complexos com o a mama preconizadores de constrangimentos ao nível da sexualidade “*Eu sempre gostei de me despir logo toda e agora (...) já me retraio mais nesse campo*” (O - 9.11) visto estar inerente a exposição do corpo “*eu não iria conseguir despir-me assim à primeira,*

*ia tentar tapar um bocado*”<sup>(O-9.15)</sup>. Neste sentido relembramos Beckhauser e Volles (2004) e Andrade & Duarte (2003) que alegam que o evitamento dos contactos sexuais pode dever-se à vergonha que a mulher mastectomizada sente em se mostrar mutilada perante o companheiro sexual levando a que se sintam inibidas durante as relações sexuais e que tentem ocultar a mama mutilada, tal como se verifica não só em Olívia mas também em Justa “*eu não me vou pôr despida ao pé dele, nem pensar nisso*”<sup>(J-32.2)</sup> e Helena “*Antigamente despia-me à frente do marido e agora não dispo, agora vou à casa de banho*”<sup>(H-8.4)</sup>. Não obstante, Olívia faz jus de uma recuperação gradual ao nível da sexualidade onde enaltece a importância da cirurgia estético-reconstrutiva.

Posto isto, evidencia-se que as participantes que relataram uma recuperação gradual da sexualidade acompanhada por alguns constrangimentos na actividade sexual foram as que também referiram menor satisfação com a imagem corporal e maior dificuldade em se exporem visualmente (bastante notório em Justa e Olívia). Deste modo, concluímos que a forma como a mulher mastectomizada experiencia o seu corpo influencia directa e proporcionalmente a vivência da sua sexualidade, como observado na maioria dos estudos sobre o tema (Almeida, 2006; Andrade & Duarte, 2003; Carqueja et al., 2007; Cash & Pruzinsky, 2002; Estapé, cit. por Patrão & Ramos, 2005; Romanek et al., cit. por Gouveia, Palhinhas & Tapadinhas, 2006). Assim sendo, corroboramos com Amorim (2006) e Cunha (2004) ao constarmos que o seio feminino constitui-se num importante símbolo corporal da sexualidade e que desempenha um papel relevante ao nível da atractividade física e do desejo sexual.

Por fim, conclui-se ainda que a cirurgia estético-reconstrutiva da mama repercute-se favoravelmente na vivência da sexualidade dado que: das participantes que revelaram uma recuperação gradual e constrangimentos da/na actividade sexualidade, Justa e Helena não se submeteram a reconstrução e Olívia, apesar de ter feito a reconstrução, afirma melhoria após a cirurgia; do grupo com reconstrução Margarida e Elisabete não sentiram alterações na vivência da sexualidade; e no caso de Arminda esta categoria é irrelevante. Neste sentido apontam igualmente os estudos de Andrade e Duarte (2003), Constant et al. (2004) e Vianna (2004), bem como, a revisão de literatura levada a cabo por Oiz (2005) que comprovam que a reconstrução representa uma possibilidade da mulher mastectomizada recuperar a sua feminilidade, sensualidade e erotismo.

**Tabela 11** – Tabela geral de subtemas relativos ao tema Vivência do relacionamento conjugal.

Vivência do relacionamento conjugal	Grupo 1			Grupo 2		
	Justa	Arminda	Helena	Margarida	Olívia	Elisabete
Sem alterações	(31.1)	(15.1)	(12.1)	(9.2)		
Manutenção de uma relação satisfatória	(30.1)	(2.8)	(12.9)	(9.3)		
Importância do apoio facultado pelo companheiro	(30.4)	(11.9)	(12.10)	(7.10)	(1.129) ***	(6.4) ***
Mau relacionamento com o primeiro companheiro					(1.125)	
Influência do tipo de companheiro					(7.2)	

\*\*\* Relativamente ao segundo companheiro

Quanto às vivências do relacionamento conjugal, denota-se que todas as entrevistadas detêm actualmente uma relação gratificante com o parceiro “*Nós tínhamos, e temos, uma relação boa*” (J – 30.1) e mencionam a importância do apoio facultado por ele na vivência de uma relação conjugal harmoniosa “*simplesmente formámos, na altura, uma equipa de um e ele acompanhou-me sempre, desde o início até hoje*” (M – 7.10). Neste âmbito, a maioria das participantes, exceptuando Elisabete e Olívia, alegam a manutenção de uma relação satisfatória com o companheiro “*combinamos muito bem um com o outro*” (A - 2.8) não tendo sido, por isso, sentidas quaisquer alterações na vivência do relacionamento conjugal “*Não senti diferenças*” (H – 12.1). Os nossos dados vão contra aos obtidos no estudo de Andrade e Duarte (2003) onde se verificou, relativamente a análise da categoria “Relacionamento Amoroso”, que a maioria das mulheres se aperceberam de algumas mudanças quando retomaram o relacionamento com o parceiro.

Para Olívia e Elisabete os companheiros actuais, com os quais mantêm uma boa relação “*ele aceitou-me bem (...) e agora estamos a viver juntos*” (E – 6.3), não são os mesmos que na altura do diagnóstico da doença pelo que não podem fazer jus face à manutenção de uma relação conjugal satisfatória de forma contínua no tempo. O caso de Elisabete é um caso peculiar na medida em que o cônjuge faleceu pouco depois de lhe ter sido diagnosticada a doença. A situação de Olívia, por sua vez, reveste de grande interesse uma vez que foi o mau relacionamento com o primeiro companheiro “*a minha relação conjugal já estava mal e*

*piorou (...) foi sempre uma pessoa muito fria durante o processo todo*"<sup>(O - 1.10)</sup>, agravado após o diagnóstico da doença, que deu origem a separação do casal. Assim facilmente se percebe que tenha salientado a influência do tipo de companheiro para a qualidade do relacionamento conjugal "*depende do homem que nós temos ao nosso lado*"<sup>(O - 7.2)</sup>. Nesta situação faz-nos sentido o postulado por Figueiredo (2007) revelando que o próprio diagnóstico de cancro facilmente provoca um estado de desequilíbrio na relação conjugal tornando os conflitos maiores e de resolução mais difícil.

Conclui-se, portanto, que para a nossa amostra a relação conjugal é avaliada, após o diagnóstico de cancro da mama, essencialmente pelo apoio facultado pelo do companheiro. Ficando a mulher mastectomizada sujeita a um período de grande vulnerabilidade, a importância do apoio prestado pelo companheiro materializa-se no suporte emocional oferecido e no acompanhamento persistente ao longo de todo o processo saúde-doença; bem como, na aceitação das alterações psicológicas e estéticas ocasionadas na mulher mastectomizada. Tais resultados vão de encontro a revisão de literatura efectuada por Aldrighi, Conde, Júnior e Pinto-Neto (2006), sobre o relacionamento conjugal de mulheres com cancro da mama, onde se verificou que o cônjuge fica muitas vezes responsável por facultar a maior parte do suporte emocional necessário a mulher.

Assim, e de acordo com os relatos das participantes, observa-se que na existência de um bom relacionamento conjugal anteriormente à doença o mesmo se mantém satisfatório (ex: Justa, Arminda, Helena e Margarida); quando não existe um bom relacionamento de base a relação acaba por se deteriorar ainda mais, após o diagnóstico, tal como se verificou no testemunho de Olívia com o seu primeiro companheiro. Tais conclusões comprovam as evidências empíricas postuladas por Aldrighi, Conde, Júnior e Pinto-Neto (2006) que referem que o parceiro tanto pode ser fonte de suporte como de stress adicional, dependendo da qualidade do relacionamento do casal anteriormente à doença.

Averigua-se então que a influencia das vivências do corpo e da sexualidade pouco ou nada interferem como a vivência do relacionamento conjugal dependendo esta, essencialmente, do tipo de relacionamento que existia antes do diagnóstico da doença. Estas observações vão contra as alegações teóricas que afirmam que o comprometimento da sexualidade repercute-se negativamente na relação com o companheiro tal como postulado nos estudos de Amorim (2006) e Lim (1995, cit. Por Andrade & Duarte, 2003); e corroboram com Andrade e Duarte (2003) que defendem uma correlação negativa entre sexualidade e relacionamento conjugal, provavelmente explicada por uma maior aproximação do casal perante a possibilidade de perda do objecto amado.

Posto isto, compreende-se a irrelevância, observada em todas as participantes, da cirurgia reconstrutiva na vivencia do relacionamento conjugal contrariamente às evidências encontradas na revisão de literatura, sobre o impacto da cirurgia reconstrutiva, levada a cabo por Oiz (2005) e no estudo de Vianna (2004), sobre aspectos psicossociais relacionados à reconstrução, onde se denotou que a reconstrução da mama cumpre um papel relevante na melhoria do relacionamento conjugal. Convergindo com os nossos resultados encontra-se o estudo qualitativo realizado por Elder et al., (2005) onde consta que as motivações inerentes à realização da reconstrução da mama pouco se prenderam com o desejo de melhorar a relação conjugal.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este estudo procurou-se averiguar, utilizando a Análise Fenomenológica Interpretativa de Jonathan Smith enquanto instrumento de pesquisa, qual o impacto psicológico da mastectomia radical nas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal, em mulheres mastectomizadas por cancro da mama. Ao mesmo tempo, pretendeu-se estudar a influência da cirurgia estético-reconstrutiva da(s) mama(s) nos domínios supracitados.

Atendendo de forma sucinta à revisão da literatura existente, os resultados demonstram problemáticas associadas à corporalidade e sexualidade nas mulheres mastectomizadas por cancro da mama, sendo que, relativamente ao relacionamento conjugal, os resultados apresentam-se contraditórios. Quanto aos estudos efectuados sobre o impacto da cirurgia estético-reconstrutiva, os resultados têm tendência a comprovar benefícios psicológicos, não obstante, são inconclusivos:

Existing research into the psychological aspects of breast reconstruction is limited and not sufficiently conclusive to inform changes to policy and the provision of care. Until more methodologically rigorous research is conducted it would be premature to conclude that breast reconstruction offers psychological benefits to all women and that immediate reconstruction is necessarily the best option for those faced with this choice (Harcourt & Rumsey, 2001, p. 485).

Sistematizando os resultados obtidos, evidenciam-se algumas conclusões: problemáticas associadas às vivências do corpo (nomeadamente para a amostra sem reconstrução) onde foi notória a inevitabilidade das sequelas na auto-estima e imagem corporal decorrentes da cirurgia ablativa; Os constrangimentos na actividade sexual foram apenas mencionados pelas participantes que revelaram um maior comprometimento da auto-estima e imagem corporal, pois quanto mais complexadas com o corpo forem maior será a tendência para ocultar a mama e, com isso, promoverem limitações em actividades onde o corpo fique mais exposto. Assim conclui-se que as sequelas na vivência do corpo influenciam directa e proporcionalmente a vivência da sexualidade; as vivências do corpo e da sexualidade não interferem na vivência do relacionamento conjugal, sendo este influenciado pelo tipo de relacionamento que existia antes do diagnóstico da doença; Quanto à influência da cirurgia estético-reconstrutiva, os resultados comprovam benefícios psicológicos ao nível das

vivências do corpo e da sexualidade tendo-se, contudo, verificada insignificante na vivência do relacionamento conjugal.

Verifica-se que os resultados obtidos no nosso estudo vão, de modo geral, de encontro às evidências empíricas constantes na literatura. Não obstante e abstraindo-nos um pouco mais, concluímos sobretudo que cada pessoa é única e, como tal, é dona de vivências particulares e muito subjectivas pelo que, e em detrimentos das conclusões atrás mencionadas, sentimos uma certa relutância em estabelecermos relações comparativas entre os elementos da nossa amostra.

De qualquer forma, as conclusões retiradas desta investigação revelam-se pertinentes na medida em que, ao ter sido demonstrada a existência de morbilidade psicológica de maior severidade em mulheres sem cirurgia estético-reconstrutiva poderá ser, quanto mais não seja, facilitado o acesso desta população à cirurgia plástica. Para os técnicos de saúde e para os psicólogos em contexto este estudo contribui para a aquisição de conhecimentos sobre quais as vivências experienciadas pelas mulheres mastectomizadas providenciando, deste modo, um melhor e mais adequado desempenho profissional.

Por último, importa referir algumas limitações constantes neste estudo. Quanto a limitações inerentes às características da amostra observou-se um leque demasiado abrangente nas idades das participantes (entre 44 e 78 anos) no do tempo decorrido desde a cirurgia final (entre 2 e 11 anos), bem como, o facto de apenas três das participantes terem sido sujeitas a quimioterapia. De facto o subtema referente à quimioterapia encontra-se presente em todas as participantes que se submeteram a essa modalidade terapêutica tendo sido, nesse contexto, sobretudo mencionado o impacto negativo na imagem corporal provocado pela queda de cabelo. Tendo em conta os objectivos deste estudo, estas variáveis poderão ter exercido alguma influência pelo que se sugere que numa futura réplica da presente investigação se tente controlar melhor as três variáveis supracitadas. Relativamente as limitações subjacentes à metodologia utilizada, salienta-se que na investigação qualitativa o investigador é ele próprio o “instrumento” de recolha de dados, pelo que, a validade e a fiabilidade dos dados depende muito da sua sensibilidade, perícia, integridade, conhecimento e experiência. Além disso, os factores maturacionais inerentes aos sujeitos (em que os resultados poderão divergir entre o estudo actual e uma futura replica com a mesma amostra), bem como, possíveis respostas socialmente desejáveis dadas pelas participantes poderão também comprometer a validade do estudo. Por outro lado, a nossa amostra ao comportar apenas 3 sujeitos para cada grupo implica que os resultados obtidos não possam ser generalizados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldrighi, J., Conde, D., Júnior, R. & Pinto-Neto, A. (2006). Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 28 (3), 195-204.
- Almeida, R. (2006). Impacto da mastectomia na vida da mulher. *Revista da sociedade brasileira de psicologia hospitalar*, 9 (2), 99-113.
- Amorim, C. (2006). Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, 6 (2), 108-113.
- Amorim, M. & Coelho, R. (1999). Saúde, doença e qualidade de vida. *Psiquiatria Clínica*, 20, 235-241.
- Andrade, A. N., & Duarte, T. P. (2003). Enfrentando a mastectomia: Análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 155-163.
- Auchincloss, S. S. (1990). Sexual dysfunction in cancer patients; Issues in Evaluation and treatment. In J. C. Holland, & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychoncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 187-207). New York: Oxford University Press.
- Barnabé, R. (1997). Qualidade de vida, relação conjugal, satisfação sexual em mulheres mastectomizadas e tumorectomizadas – Um estudo Comparativo. In J. L. P. Ribeiro (Eds.), *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 215-230). Braga: APPORT.
- Beckhauser, G. E. & Volles, C. C. (2004). *Mulher mastectomizada: O sofrimento ético-político e seu enfrentamento biopsicossocial* (Trabalho de conclusão de curso como requisito parcial à obtenção do título de bacharel em psicologia). Blumenau: Universidade Regional de Blumenau.

- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Blanco, A.; Antequera, R. & Aires, M. (2002). Percepción Subjectiva del Cáncer. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 547-578). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bruges, P., & Meneses, M. L. (2006). *Mastectomia e auto-conceito*. Loures: Lusociência.
- Cardoso, J. & Crawford, M. (2000). A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação? Que intervenção? In J. L. Pais Ribeiro, I. Leal, & M. Rosário Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carqueja, E., Ferreira, S., Rebelo, V. & Rolim, L. (2007). Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama: Um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8 (1), 13-32.
- Carvalho, M. M. (2002). Psico-Oncologia: história, características e desafios. *Psicologia USP*, 13 (1), 151-166.
- Carver, C., Harris, S., Pozo-Kaderman, C., Price, A., Noriega, V., Derhagopian, R. et al. (1998). Concern about aspects of body image and adjustment to early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60, 168-174.
- Cash, T. F., & Pruzinsky, T. (2002). *Body Image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: The Guilford Press.
- Chapman, E., & Smith, J. (2002). Interpretative phenomenological analysis and the new genetics. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Journal of Health Psychology*, 7(2), 125-130.

- Chompret, A., & Missana, M.-C. (in press). Mastectomies prophylactiques et reconstruction immédiate chez les patientes à très haut risque génétique : notre expérience à propos de 14 cas. *Annales de chirurgie plastique esthétique*.
- Constant, C. M. E., van Wersch, A. M. E., Menke-Pluymers, M. B. E., Tjong Joe Wai, R., Eggermont, A. M. M., & Van Geel, A. N. (2004). Satisfaction and prosthesis related complaints in women with immediate breast reconstruction following prophylactic and oncological mastectomy. *Psychology, health & medicine*, 9 (1), 71-84.
- Cunha, C. (2004). *Apoio familiar: Presença incondicional à mulher mastectomizada* (Monografia de Especialização em Residência em Saúde da Família). Ceará: Universidade Estadual Vale do Acaraú.
- Crane, R. (2000). Cancro da mama. In S. Otto (Ed.) *Enfermagem em oncologia* (pp.89-118). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Dias, M. (1997). *A Esmeralda Perdida. A Informação ao Doente com Cancro da Mama*. Lisboa: ISPA.
- Dias, M. R. (2002). Cancro de mama: A (contra) informação dos mass media. In M.R. Dias & E. Durá (Coords.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 235-264). Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1991)
- Dóro, P., Pasquini, R., Medeiros, C., Bitencourt, M. A. & Moura, G. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (2), 120-134.
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Climepsi. (Obra original publicada em 1991)
- Elder, E., Brandberg, Y., Bjorklund, T, Rylander, R., Lagergren, J., Jurell, G., Wickman, M., & Sandelin, K. (2005). Quality of life and patient satisfaction in breast cancer patients after immediate breast reconstruction: A prospective study. *The Breast*, 14, 201-208.

- Escudero, F. J. (2005). Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 28 (2), 7-18.
- Estapé, T. (2002). Disfunciones sexuales en Pacientes de Cáncer. In M. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica*. (pp. 481-492). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fallowfield, L. J. & Hatcher, M. (2003). A qualitative study looking at the psychosocial implications of bilateral prophylactic mastectomy. *The Breast*, 12, 1-9.
- Ferreira, M.L., & Mamede, M (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11 (3), 299-304.
- Figueiredo, A. P. S., (2007). *Impacto do tratamento do cancro colorectal no doente e cónjuge: implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações de doença e stress pós-traumático*. Dissertação de Mestrado em Educação, Universidade do Minho, Braga.
- Garcia, A. (2006). *O Processo de Empoderamento de Mulheres Mastectomizadas: uma experiência em grupo de apoio*. Dissertação em Política Social apresentada como requisito parcial para a obtenção de grau de Mestre, Universidade Federal Fluminense, Niterói.
- Gouveia, P., Palinhas, P., & Tapadinhas, A. R. (2006). Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. In J. L. Pais Ribeiro, I. Leal, & S. Neves de Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 333-339). Faro: Universidade do Algarve.
- Hacpille, L. (2000). *Mastectomia e auto-conceito*. Loures: Lusociência.
- Harcourt, D. & Rumsey, N. (2001). Psychological aspects of breast reconstruction: A review of the literature. *Journal of advanced nursing*, 35 (4), 477-487.

- Lopes, M. H., Shimo, A. & Vieira, C. (2007). Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 41 (2), 311-316.
- Lyons, A. C., & Chamberlain, K. (2006). *Health Psychology: A Critical Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 28 (2), 19-26.
- Mathieson, C. M. (1999). Interviewing the Ill and the Healthy. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 117-132). London: Sage Publications.
- Morgan, M. (1999). Discourse, Health and Illness. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 64-82). London: Sage Publications.
- Murray, M. & Chamberlain, K. (1999). Health Psychology and Qualitative Research. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 3-15). London: Sage Publications.
- Patrão, I., & Ramos, A. S. (2005). Imagem corporal da mulher com cancro da mama: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*, 23 (3), 295-304.
- Pikler, V., & Winterowd, C. (2003). Racial and body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. *Health Psychology*, 22 (6), 623-637.
- Radley, A. (1999). Social Realms and the Qualities of Illness Experience. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 16-30). London: Sage Publications.

- Ribeiro, J. L. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa. ISPA.
- Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis.
- Rowland, J., & Holland, J. (1990). Breast Cancer. In J. C. Holland, & J.H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychoncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 187-207). New York: Oxford University Press.
- Soares, M.; Moura, M.; Carvalho, M. & Batista, A. (2000). Ajustamento emocional, afectividade e estratégias de coping na doença de foro oncológico. *Psicologia Saúde & Doenças, 1* (1), 19-25.
- Smith, J.A. (1996). Semi-structured interviewing and qualitative analysis. In J.A. Smith, R. Harré, & L. Van Langenhove (Eds.), *Rethinking methods in psychology* (pp. 9-26). London: Sage Publications.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Osborn, M. (1997). Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In L. Yardley (Ed.), *Material discourses of health and illness* (pp. 68-91). London: Routledge.
- Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 218-240). London: Sage Publications.
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative Psychology: A practical guide to research methods* (pp. 51-80). London: Sage Publications.
- Sousa, A. P. (2005). *Grupo de sala de espera em psico-oncologia na mastologia: Estudo das falas das pacientes*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.

- Souza, A. M. (2007). *Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária*. Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro.
- Spink, M.-J. P. (1999). Making Sense of Illness Experiences. In M. Murray, & K. Chamberlain (Eds.), *Qualitative Health Psychology* (pp. 83-97). London: Sage Publications.
- Trill, M. (2002). Cultura y cáncer. In M. R. Dias & E. Durá (Eds.), *Territórios da Psicologia Oncológica* (pp. 639-651). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vianna, A. M. (2004). Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: Um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, 21 (3), 203-210.
- Yardley, L. (1997). Introducing material-discursive approaches to health and illness. In L. Yardley (Ed.), *Material discourses of health and illness* (pp. 1-24). London: Routledge.



# ANEXOS

**Anexo I.** Critérios de Pré-selecção da Amostra.**Critérios de Pré-selecção da Amostra**

A amostra foi alvo de uma pré-selecção, a fim de serem garantidos alguns critérios sócio-demográficos, para uma maior homogeneidade:

**Amostra 1** (3 pessoas)

- Mulheres mastectomizadas (mactomia Radical), bilateralmente ou não, por cancro da mama
- Caucasianas
- Portuguesas
- Idade compreendida entre os 40 e os 80 anos
- 4ª Classe como escolaridade mínima
- Detinham um relacionamento conjugal e actividade sexual aquando da cirurgia ablativa
- Cirurgia realizada à 1-15 anos

**Amostra 2** (3 pessoas)

- Mulheres mastectomizadas (mastectomia radical), bilateralmente ou não, que efectuaram cirurgia estético-reconstrutiva da(s) mama(s) (na modalidade imediata ou diferida)
- Caucasianas
- Portuguesas
- Idade compreendida entre os 40 e os 80 anos
- 4ª Classe como escolaridade mínima
- Detinham um relacionamento conjugal e actividade sexual aquando da cirurgia ablativa
- Cirurgia realizada à 1-15 anos

**Anexo II.** Guião de entrevista.**Guião de entrevista**1) **Cancro da mama:**

- a. Descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.

- *Sentimentos/Pensamentos/Crenças*

2) **Forma de tratamento:**

- a. O que a levou a optar pela mastectomia radical?

- Sem cirurgia reconstrutiva? (Amostra 1)
- Com cirurgia reconstrutiva? (Amostra 2)

- b. Qual a sua posição relativamente a mastectomia **sem/com** (conforme a amostra em causa) a cirurgia reconstrutiva? Justifique.

- c. O que acha da cirurgia reconstrutiva?

- *A nível físico, mental e emocional*

*Sentimentos/Pensamentos/Crenças*

3) **Mastectomia:**

- a. O que representava/significava para si, a mastectomia, antes de realizar a cirurgia? E actualmente o que representa/significa?

- *Pensamento/Crenças*

- b. O que sentiu quando soube que teria que ser mastectomizada? E o que sente actualmente, ao saber-se mastectomizada?

- *Sentimentos*

- c. Como encara a(s) cicatriz(es) deixada(s) pela cirurgia?

- *Sentimentos/Pensamentos/Crenças – físico/mental/emocional*

4) Vivência do corpo:

- a. Descreva, pormenorizadamente, como experienciava o seu corpo?
  - *Sentimentos/ pensamentos/ Crenças*
- b. Como se via a si própria, enquanto mulher, antes da cirurgia? E actualmente como se vê?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças*
- c. Identifica-se com o seu corpo? De que forma? Acha que a cirurgia alterou essa identificação? Como?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças – físico/mental/emocional*
- d. O que lhe ocorre, actualmente, quando se olha ao espelho?
  - *Sentimentos/ pensamentos/ Crenças*
- e. Como entende que os outros a vêem actualmente?
  - *Pensamentos/crenças*
- f. Como percepciona a cirurgia reconstrutiva na vivência do corpo?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças – físico/mental/emocional*

5) Vivência do relacionamento conjugal:

- a. Esclareça da melhor forma, como experienciava a relação que tinha com o seu companheiro, antes da cirurgia. E actualmente como a experienciava?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças*
- b. De que forma, se for o caso, acha que a mastectomia por cancro da mama, influenciou a sua relação com os outros, nomeadamente com o seu companheiro?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças*
- c. Como percepciona a cirurgia reconstrutiva na vivência do relacionamento conjugal?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças – físico/mental/emocional*

6) Vivência da Sexualidade:

- a. Exponha, da melhor maneira, como vivenciava a sua sexualidade, antes da cirurgia. E actualmente como a vivencia?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças*
- b. De que forma, se for o caso, acha que a mastectomia por cancro da mama, influenciou a sua vida sexual?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças*
- c. Como percebe a cirurgia reconstrutiva na vivência da sexualidade?
  - *Sentimentos/Pensamentos/Crenças – físico/mental/emocional*

**Anexo III.** Carta de Pedido de Recolha da Amostra.

**Carta de Pedido de Recolha da Amostra**

Lisboa, 1/ 07/2008

Exma. Senhora presidente da Associação “Ame & Viva a Vida”

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um trabalho de investigação.

Eu, Marlene Lopes Venâncio, aluna do Instituto Superior de Psicologia Aplicada e portadora do B.I. nº XXX venho, por este meio, solicitar a vossa colaboração na recolha da amostra necessária a realização da minha Dissertação de Mestrado “Mastectomia e corporalidade: Impacto da cirurgia estético-reconstrutiva” que pretende estudar o impacto da cirurgia ablativa da mama, por cancro da mama, nas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal e, concomitantemente, o efeito da cirurgia estético-reconstrutiva nesse domínio.

Acresce-se que é garantido o sigilo da informação recolhida, onde a informação será tratada enquanto grupo no seu todo.

Seria desejável que a recolha da amostra fosse efectuada num curto prazo de tempo e que me fosse disponibilizado um espaço próprio, para proceder a recolha com o mínimo de interferências possível.

Sem mais assunto de momento, apresento a minha disponibilidade para qualquer contacto necessário (tel. XXX) e agradeço, desde já, a atenção e disponibilidade dispensadas.

Cordialmente,

Marlene Lopes Venâncio

**Anexo IV.** Apresentação do Estudo e da sua Autora.

### **Apresentação do Estudo e da sua Autora**

O meu nome é Marlene Lopes Venâncio e encontro-me, neste momento, a finalizar o Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, mais precisamente, a realizar a minha Dissertação de Mestrado.

A Dissertação de Mestrado consiste numa investigação que pretende estudar qual o impacto da mastectomia nas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal, em mulheres mastectomizadas por cancro da mama e concomitantemente, procura averiguar qual o efeito da cirurgia estético-reconstrutiva da mama, neste domínio.

Este estudo revela-se importante, na medida em que, caso seja demonstrado a existência de problemáticas, de foro psicológico, de maior severidade em mulheres sem cirurgia estético-reconstrutiva poderá ser, quanto mais não seja, facilitado o seu acesso (inovando assim, a prestação dos cuidados de saúde neste âmbito), bem como, a aquisição de conhecimentos (e daí um melhor e mais adequado desempenho profissional) sobre quais as vivências, a nível psicológico, experienciadas pelas mulheres mastectomizadas e se a cirurgia estético-reconstrutiva funciona como atenuante do impacto negativo da cirurgia ablativa da mama.

Assim, venho por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo, que se realizará mediante uma entrevista, apelando a sua experiência enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, relativamente as suas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal.

Para o efeito, será utilizado um gravador de voz, devido à grande quantidade de informação que surge no contexto de uma entrevista deste cariz. No entanto, são garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados e dos conteúdos da gravação.

Agradeço desde já a sua participação.

**Anexo V. Termo de Consentimento Informado.****Termo de Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_, certifico que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que Marlene Lopes Venâncio se encontra a efectuar, no âmbito da sua Dissertação de Mestrado, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa.

A investigação, assim como a minha participação, foi-me definida e inteiramente explicada, tendo tomado conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer, para nele participar.

Fui esclarecida sobre todos os aspectos que considero importantes e tive oportunidade de formular as questões que achei oportunas, às quais me foram satisfatoriamente respondidas.

Percebo que os procedimentos desta investigação não comportam qualquer risco e que os meus dados são confidenciais.

Sou livre de responder às questões desta investigação e posso, a qualquer altura, retirar o meu consentimento, terminando assim a minha participação na investigação sem que isso possa ter como efeito, qualquer prejuízo para a minha pessoa.

Lisboa, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

A participante

---

A investigadora

---

**Anexo VI. Instrução Inicial.****Instrução Inicial**

“Boa tarde, o meu nome é Marlene Venâncio e sou finalista em Psicologia Clínica, como se chama?”

“Agradeço desde já, a sua participação neste estudo sobre o impacto da mastectomia e da cirurgia reconstrutiva nas vivências do corpo, da sexualidade e do relacionamento conjugal.”

“Relembro que será usado um gravador de voz, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.”

“Pretendo então, que dê a conhecer as suas experiências, não havendo respostas certas, nem erradas, pois somente nos interessa conhecer a sua opinião.”

“Vou lhe pedir o favor de responder de forma mais aberta e sincera possível, no entanto não é obrigada a responder a qualquer pergunta à qual prefira abster-se.”

“Tem alguma dúvida que queira ver esclarecida, antes de iniciarmos a entrevista propriamente dita?”

“Muito bem, vamos então dar seguimento a entrevista...”

[ENTREVISTA]

**Anexo VII.** Instrução Final.**Instrução Final**

[ENTREVISTA]

“Existe mais alguma coisa que queira acrescentar?”

“Para finalizar vou lhe pedir que preencha o seguinte questionário sócio-demográfico”.

“Agora, imagine um lugar (real ou imaginado) em que gostaria de estar, e diga-me porquê.”  
(para aligeirar a tensão pelos tema abordados)

“Mais uma vez, o meu muito obrigado pela sua participação e desejo-lhe a continuação de uma bom dia/ boa tarde”.

**Anexo VIII.** Questionário Sócio-demográfico.**Questionário Sócio-demográfico**

**Os dados deste inquérito são confidenciais**

- Nome: \_\_\_\_\_
  
- Idade: \_\_\_\_\_ anos
  
- Em termos profissionais, presentemente encontra-se:
  - Empregada
  - Desempregada
  - Reformada
  - Doméstica
  - De baixa
  
- Qual o último ano de escolaridade que frequentou? \_\_\_\_\_
  
- Classifique o seu estatuto sócio-económico:
  - Baixo
  - Médio
  - Alto
  
- Tem filhos?
  - Sim
  - Não
  
- Quanto tempo decorreu desde a cirurgia? \_\_\_\_\_

**Anexo IX.** Entrevista de Justa.**Entrevista de Justa**

54 Anos

3 Anos decorridos desde a cirurgia final

Mastectomia unilateral sem reconstrução

**1.** *Iniciando a nossa abordagem ao primeiro tema, que diz respeito ao cancro da mama e seus consequentes tratamentos, peço-lhe que me descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.*

É assim, quando me apareceu eu... fiquei... de rastos. E durante muito tempo não encarei bem eu ter o cancro da mama. Pronto, perdi a vontade de tudo, de viver, perdi a vontade de dormir, comer, de tudo! Depois aos poucos fui encarando a doença e tudo... E é assim, é uma coisa que custa muito, aquela fase dos tratamentos, porque eu fiz primeiro os tratamentos depois é que fui operada e depois, ao fim de três meses de ser operada, tive que fazer novos tratamentos e isso a mim custou-me muito porque o meu cabelo já tinha nascido novamente e depois voltei a fazer outros tratamentos e o cabelo caiu outra vez... depois então... acabei de fazer os tratamentos, fiquei bem, e agora neste momento... sinto-me bem, só que enfim... a gente ao despir e ao vestir é que ficamos um bocado traumatizadas [risos] porque eu acho que nós ficamos mutiladas, é isso que eu penso! E ainda hoje só eu é que me vejo, mais ninguém me vê, nunca mais ninguém me viu, porque eu não quero! Pronto, e também não tenho assim muita coisa a dizer..., porque são coisas que custam muito, e então aquela fase dos tratamentos é uma coisa horrível, emagreci muito naquela altura, [risos] agora já engordei, é assim [risos].

**2.** *Quando diz que custou muito, está-se a referir mais ao diagnóstico ou mais aos tratamentos?*

Foi o diagnóstico, ao princípio, quando o doutor me disse que tinha cancro de mama e que me tinha que tirar a mama, isso custou-me muito!

**3.** *O que é que sentiu ou o que é que pensou nessa altura?*

Pensei também que não iria resistir à doença e aos tratamentos, não me ia aguentar e que iria morrer, mas depois entretanto... fui buscar muitas forças, não sei aonde [risos] não sei onde, e sobrevivi e estou aqui. E agora o meu medo, também...uma pessoa está sempre com aquela coisa na cabeça que pode aparecer noutra sítio, está a entender não está?

**4.** *Está a dizer que começou num sítio mas que pode ir para outra parte do corpo... ou seja, está sempre com medo...?*

Exactamente, é isso! Uma pessoa está sempre com aquela preocupação, com aquele medo... Tanto que quando uma pessoa lhe dói qualquer coisa, pensa logo “será?”, porque, por exemplo, eu há pouco tempo tinha muitas dores nos ossos, nas pernas, e fiquei... [Angústia] fui logo à médica de família e mandou-me logo fazer um exame, pronto, é falta de cálcio nos

ossos, mas isso é normal com a minha idade, ainda não tenho osteoporose mas já tenho falta de cálcio [risos], mas isso já me ficou ... [Angústia] já fiquei preocupada com isso. É assim que uma pessoa vive nesta incerteza [risos], mas pronto, vive-se um dia de cada vez!

**5. *Após a fase inicial do diagnóstico, como se sucederam os tratamentos?***

Fui operada... correu tudo bem...fiquei um bocadinho mais aliviada, porque já tinha feito os tratamentos, já tinha sido operada, então fiquei um bocadinho mais aliviada! Mas depois veio o resultado da operação e aquela parte dos gânglios que me tiraram de debaixo da cova do braço também já estava com a doença, então tive que fazer novamente os tratamentos. Foram uns tratamentos mais fracos, porque era todas as semanas, mas mesmo assim custava não é? Andei uns seis meses a fazer os tratamentos, depois voltei a fazer os exames, todos novamente, e estava tudo bem. Deixei então de fazer os tratamentos, e fiquei... mais feliz ainda! [risos]

**6. *Quais foram os tratamentos que fez?***

Eu fiz quimioterapia

**7. *E também realizou a mastectomia, não foi?***

Exactamente, faz agora três anos em Setembro.

**8. *Então, ainda é bastante recente?***

Sim, faz agora em Setembro três anos que eu fui operada, e depois o que me custou mais nisto tudo, sabe o que é? É que eu nunca tinha ido ao médico, desde miúda que fui sempre uma rapariga muito saudável, depois uma pessoa chega aos 51 anos e acontece isto, uma pessoa fica ...[Angústia].

**9. *Foi uma surpresa, não estava à espera?***

É, é isso, foi isso! E era assim, eu às vezes via programas na televisão sobre o cancro da mama, eu... tinha uma coisa tão grande pelo... que eu nem queria... nem queria ouvir, nem ver, não queria saber... Porque era o que me metia mais medo! E depois quando me apareceu, digo assim “Ai, Meu Deus! O que é isto?”... Fiquei, olhe... não, não... não dá para explicar. Pronto, mas agora estou bem, graças a Deus, sinto-me bem, faço a minha vida normal, faço tudo... pronto dentro dos meus limites, porque o braço dói sempre e depois é do lado direito. Isto dói sempre [risos].

**10. *Depois da cirurgia fez reconstrução?***

É assim, por enquanto ainda não fiz... Eu já falei nisso ao médico porque eu quero fazer, porque eu também não me sinto bem assim, e podendo fazer, eu gostaria muito de fazer! Agora tenho uma consulta em Setembro, que o médico disse para falar com ele nessa altura, porque ele acha que até se passarem três anos que não se deve fazer. Agora que vai fazer os três anos, vamos a ver!

**11. *O que acha e pensa sobre o facto de poder fazer a reconstrução? Porque é que a deseja fazer?***

É assim, eu quero fazer a reconstrução porque acho que o nosso corpo fica muito melhor. E além disso, uma pessoa vai à praia, é muito melhor para nós, escusamos de estar a pôr a prótese no fato-de-banho, podemos vestir outro género de soutiens, outro género de fato-de-banho ... e para mim, mesmo para mim, acho que me vou sentir melhor, ver o meu corpo como ele era antigamente, não ter que... [risos] uma pessoa mesmo à noite despe-se, já viu..., fica aqui com um alto e aqui com um baixo... uma pessoa veste a camisinha de noite e fica só aqui uma ... É o que lhe digo, uma pessoa fica mutilada, é isso, mas teve de ser tudo bem! Eu não fiquei zangada com o médico nem nada porque eu não sou nenhuma burra... tinha que ser, foi feito! O mesmo disse ao médico “tem que ser, tudo bem!”, não sou como algumas que ficam a chorar ao pé dos médicos e que pedem por tudo para não lhes tirarem a mama ou para lhes deixarem só um bocadinho, mas para quê? Ficam na mesma aleijadas... É assim...

**12. *Então a senhora optou pela mastectomia radical?***

Sim. Quando acabei de fazer a quimioterapia fui ao médico e realmente o médico viu que devia de tirar o nódulo, e que não valia a pena fiar só com um bocadinho da mama... assim ficou tudo limpo, ficou melhor. E eu até aí, tudo bem... Depois é que me custou muito, não estava à espera.

**13. *Explique-me melhor quando diz que depois lhe custou muito.***

É assim, eu ao pé do médico nem fui capaz de chorar, chorei depois quando cheguei a casa sozinha. Fiquei duma maneira... não, não... não tem explicação... Tanto que quando eu fui operada e tudo, lá no hospital, as enfermeiras queriam que eu visse e eu no hospital nunca quis ver, nem sequer punha a minha mão tanto que, quando eu saí do hospital, as enfermeiras já queriam que eu fosse para casa sem penso e eu disse “não, não, ponham-me o penso que eu depois vou tirando aos poucos”. E assim foi, eu aos poucos é que fui tirando aquilo e é que fui vendo, porque eu não consegui ver logo. Eu acho que isso é uma das piores coisas que pode acontecer à mulher... a mim foi uma das coisas.

**14. *Quanto tempo demorou até tirar o penso todo?***

Não muito tempo, ao fim de oito dias.

**15. *O que sentiu e que pensamentos lhe ocorriam nessa altura?***

É assim, eu o que sentia... eu não sentia assim... sentia-me triste de me ver sem a mama e ao mesmo tempo dizia assim para mim “O pior já passou” que foi a fase da quimioterapia e da operação. Eu naquela altura já sabia que estava e devia estar curada e isso para mim também era um grande alívio... de já me ter visto livre daquilo tudo, da operação, da quimioterapia, daquelas coisas todas que custam muito... Mas eu também, aos poucos, fui-me habituando à ideia de não ter a mama... e a lidar melhor com a situação... mas aos poucos... Não sei exprimir-me mais [Risos].

**16. *Diz que pretende fazer a reconstrução da mama, quais acham que vão ser os benefícios de fazer a reconstrução?***

Os benefícios é que eu assim posso ficar uma mulher como as outras, com as duas mamas e já não vou... e já não me vou sentir mutilada, é isso, mais nada. Por exemplo, eu vou à ginástica

e sou incapaz de despir a t-shirt e vestir a outra, de ginástica, ao pé duma colega que está ao meu lado... tenho medo que elas vejam, que eu não tenho uma mama... só há bem pouco tempo é que eu dispo a t-shirt que trago e visto a outra da ginástica ao pé delas, mas não se vê nada, estava tudo na minha cabeça, e eu aos poucos é que me fui mentalizando que tinha de fazer aquilo, e então agora faço, ninguém nota nada, porque elas não sabem, eu não disse, não digo... não digo! Porque é assim, elas ficam a olhar “ah, coitada, não tem uma mama” e isto e aquilo... então para não haver confusões, para não haver essas coisas, eu não digo... Assim como eu tive este problema todo e nunca disse aos meus pais o que é que me estava a acontecer... a minha mãe, ainda hoje, não sabe que eu tive cancro de mama, achei melhor assim, já pode ver.

**17. Sente dificuldades em mostrar o seu corpo a outras pessoas?**

Sim porque eu não me gosto de ver assim, então também não gosto que outras pessoas me vejam assim. A minha irmã já viu, há pessoas assim mais amigas, que também já viram, mas pouco mais... Porque também há pessoas que pensam que a mulher por não ter uma mama que é uma coisa assim muito... sei lá... quando eu mostro elas dizem: “ah, então está bem, está tudo bem, não está assim tão feio como isso”.

**18. E o que é que sente quando essas pessoas a estão a observar?**

Não me sinto mal... não, não sinto porque são pessoas de quem eu gosto... porque se eu não gostasse também não deixava ver... E há pessoas que não querem mesmo ver “ah, não, não, que isso mete muita impressão” [risos]. Tenho uma irmã que diz assim “Ah, não quero ver isso que mete-me muita impressão”, então tenho uma sobrinha que é filha dessa minha irmã que, ainda no outro dia, vai assim “Oh tia eu quero ver”, ela viu “Ah! Está bem tia, olha está tão bem, a costura está tão bonita”, mas a mãe não quer ver [risos]. Mas eu também agora já nem ligo a isso, nem ligo... E pronto, eu também já o ano passado não fui à praia porque tenho receio que as pessoas... que se note qualquer coisa... e para as pessoas não fiquem assim a olhar... o ano passado já não fui à praia [risos] e este ano também ainda não fui... e eu comprei logo o biquíni para pôr a prótese e tudo... Mas não me sinto bem... não estou preparada ainda.

**19. O que representava para si a mastectomia, antes de realizar a cirurgia?**

É assim, eu andava muito em baixo, muito triste... e muito doente também com a quimioterapia... que os primeiros tratamentos deitam muito a baixo, eu andava muito fraca e eu também andava por andar... e eu nesse dia em que fui internada, ainda me lembro que fui internada num domingo à noite, estava lá uma senhora que tinha sido operada mas que fez a reconstrução da mama logo... era uma senhora já dos seus 60 anos ou mais, um bocadito mais velha do que eu, uma senhora muito simpática e quando eu entrei ela falou muito bem comigo e tal... e nesse dia à noite ela teve alta e disse que não iria fazer a quimioterapia, que em princípio não era preciso... ela veio despedir-se de mim, e quando ela veio despedir-se de mim chorei, chorei porque ela ia sair e eu ficava ... e ia tirar a mama... ficava sem nada e ela já ia com a dela, tirou e ia já com a dela posta. E eu sempre me senti muito triste, muito, mas mesmo muito, muito em baixo por causa de ficar sem a mama... Pronto mas eu superei isso, isso tudo ... já tudo isso passou.

**20. Relativamente a reconstrução imediata da mama, não lhe foi dada essa opção?**

É assim, o médico naquela altura não me deu essa opção e eu também nem sequer lhe perguntei porque estava tão... é como eu digo, estava tão nervosa, tão em baixo que nem sequer isso me passou pela cabeça e o médico também não falou nisso... mas se tivesse falado eu também não sei se nessa altura queria fazer logo... isso seria uma coisa para a pessoa pensar melhor... porque eu também acho que não se deve fazer logo... porque essa senhora rejeitou em Outubro, isto foi em Setembro, e em Outubro rejeitou e teve que ser operada outra vez, tirar aquilo tudo e agora é que fez a reconstrução... e está tudo bem com ela agora que eu entretanto fiquei amiga dela.

**21. *E actualmente o que representa para si a mastectomia?***

É assim, eu agora vejo essa parte de outra maneira... como eu já estou bem, agora até já aceito melhor não ter a mama... já aceito melhor, naquela altura não aceitava, agora já aceito muito melhor e acho que é assim “é preciso tirar, tira-se!” e acho que todas as mulheres devem pensar assim. Agora já penso de outra maneira, naquela altura não, custou-me um bocadinho, um bocadinho não um bocadão [risos] enfrentar... ficar sem a mama... mas agora não.

**22. *O que sentiu quando soube, na altura, que teria que ser mastectomizada?***

Olhe parece que o mundo acabou para mim, foi o que eu senti. Eu tremi toda dos pés à cabeça... e a minha irmã estava comigo porque a minha irmã ia sempre comigo às consultas. A minha irmã, que não é nada com ela, ficou sem fala e eu também... senti-me... senti-me duma maneira que não há explicação... Mas aos poucos a gente, eu acho que é assim, aos poucos a gente vai enfrentando as coisas de outra maneira e a pessoa vai ganhando força, aos poucos também, para tudo, para enfrentar tudo. Por exemplo, eu às vezes estava a fazer a quimioterapia e estava muito em baixo e via pessoas que estavam lá pela primeira vez e que não sabiam o que lhes ia acontecer e então vinham-me fazer perguntas e eu pronto, falava daquilo que eu já tinha passado, explicava-lhes tudo e elas ficavam satisfeitas com isso. Nos tratamentos a seguir elas vinham-me agradecer “Ai realmente tinha razão”... e uma pessoa aos poucos vai ganhando confiança e mais confiança e força para combater esta doença toda.

**23. *E o que sente actualmente, ao saber-se mastectomizada?***

Hoje sinto-me bem... até lhe digo outra coisa, sinto-me uma mulher como outra qualquer e tenho alturas, durante o dia por exemplo, que é como se tivesse as duas mamas... só a noite é que pronto, acabou...e de manhã é a mesma coisa... eu ao despir-me à noite às vezes nem quero olhar para o espelho [risos], nem vou à casa de banho, dispo-me no quarto que não há espelhos para não ver nada, acabou-se! É isso que eu sinto mas de resto estou bem, graças a Deus, sinto-me bem... também agora temos destes soutiens bons que a gente compra, sinto-me muito bem com eles, são muito confortáveis e têm a caixinha para pôr a prótese...sinto-me bem, agora sinto-me minimamente.

**24. *Vamos agora abordar o segundo tema, que diz respeito às vivências do corpo, pelo que lhe peço que me fale um pouco sobre a forma como experiencia o seu corpo. Como se via a si própria, enquanto mulher, antes da cirurgia e actualmente?***

Antes sentia-me outra... como nunca tinha tido a doença e tinha as duas mamas vestia-me de outra maneira, vestia camisas decotadas, ia à praia, estava bem, nadava, para mim tanto me dava se ficava um bocadinho do lado de fora e outro bocado do lado de dentro... e agora não... agora é diferente, já tenho que ter um bocadinho mais de cuidado com os decotes e na

praia, como eu já lhe disse, nunca mais... às vezes vou mas nem me dispo, levo só uma t-shirt de mangas à cava e ando assim por lá, mas vou pouco... é um bocado diferente o antes e o depois, mas muito diferente, é isso que eu sinto...eu gostava mais de me ver como era dantes do que agora... mas actualmente passou tudo, ao princípio sentia-me um bocado em baixo, agora não, isso está tudo para trás. Agora a minha vida está como estava antes de ter a doença, estou bem.

**25. *No inicio foi mais difícil?***

Sim, os primeiros tempos foram um bocadinho mais difíceis porque ainda leva, pelo menos eu, levei um bocadinho a encarar a situação...e o meu companheiro também... só que agora nós superámos tudo... tem que ser! Uma pessoa fica com a moral tão em baixo que não consegue ir para a frente, sente-se triste, sente-se para baixo... Só que depois, aos poucos, eu acho que o melhor amigo destas coisas todas é o tempo, nós com o tempo conseguimos tudo e com a cabeça um bocadinho mais leve, não tão pesada, a pessoa consegue ir para a frente... e foi isso que eu pensei sempre “tens que esquecer tudo aquilo que se passou, agora estás bem, vai para a frente!” e é isso que eu tenho feito sempre. Tanto que eu andei sempre a trabalhar, nunca quis ficar em casa, preferi trabalhar que era para estar com a cabeça ocupada, não para estar em casa a pensar na doença... eu mesma, como me sinto bem, é ocupada a fazer coisas, não me sinto bem sem fazer nada... Mas isto agora está tudo bem [risos] graças a Deus.

**26. *Actualmente identifica-se com o seu novo corpo?***

Gostava mais do meu corpo como ele era antigamente mas encaro que agora o meu novo corpo é este... o outro é passado.

**27. *O que lhe ocorre, actualmente, quando se olha ao espelho?***

Quando me olho ao espelho não acho que estou feia... pronto estou, é o que eu digo sempre, estou mutilada... é a mesma coisa que uma pessoa que só tem um braço, que só tem uma perna... significa que eu não tenho uma parte do meu corpo e sinto-me triste com isso, é isso que eu sinto, mais nada... mas também não vou fazer um drama por causa disso e não vou deixar de viver a minha vida por causa disso, nem fico assim arrumada a um canto “coitadinha, estás assim...”, não, não, levo a minha vida para a frente!

**28. *Como entende que os outros a vêem actualmente?***

É assim, há pessoas que encaram bem, são minhas amigas, que eu sei perfeitamente quais são as pessoas que são minhas amigas e quais são as que se fingem minhas amigas mas não o são ... As pessoas por vezes, quando sabem que a mulher foi operada e que ficou sem uma mama olham para ela de outra maneira. Eu até tinha uma amiga minha, uma pessoa com quem eu falava e tudo, quando soube do meu problema deixou de me falar, ainda hoje não me fala... Eu um dia passei por ela, assim lado a lado, olhei mesmo para a cara dela para ver se ela me falava, se ela me queria falar ou não e ela pôs os olhos no chão, para não falar, e eu nunca mais lhe falei. Já pode ver como é que as pessoas são, como é que as pessoas encaram também este problema. Quer dizer, não é nada com elas e elas também não encaram bem o problema.... E há outras coitadinhas que pensam “Ah coitadinha não tem uma mama”depois ao princípio da doença também dizem “Ah coitadinha está muito mal” e não sei o quê. Eu estava mal mas era tudo da quimioterapia que andava a fazer, que era muito forte... tanto que eu dizia para as pessoas “Não tenham medo que eu não vou morrer por causa disto, eu estou assim por causa da quimioterapia”...e diziam “ah mas estás com uma cor assim, uma cor

assado”, ora uma pessoa fica diferente, uma pessoa fica assim com uma cor género de verde ou lá o que é aquilo... uma pessoa sem pestanas, sem sobrancelhas, sem cabelo, sem nada, uma pessoa fica parece um ET [risos].

**29.** *Como perceciona a cirurgia reconstrutiva na vivência do corpo a nível físico, mental e emocional?*

É assim, eu nunca vi nenhuma reconstrução ... não sei se fica como a outra, se fica diferente, como é que é, se fica com costura... não sei, sou sincera, nunca vi... mas acho que é melhor fazer ... acho que deve ficar melhor, acho que com reconstrução uma pessoa sente-se melhor com ela própria, disso não tenho dúvidas nenhuma senão não fazia, deixava-me andar assim porque eu sei de muitas senhoras que não querem fazer “Ah, eu não quero fazer, não me importo de estar assim” sentem-se bem assim, mas eu foi uma coisa que eu sempre pensei fazer porque acho que me iria sentir melhor comigo própria... ir a praia, vestir outro géneros de roupas, não andar tão ... já não me via sem uma parte do meu corpo (risos)... Era bom para mim, para a minha cabeça, para o meu corpo, para tudo.

**30.** *Abordando agora o terceiro tema, que diz respeito ao relacionamento conjugal, peço-lhe que me esclareça, da melhor forma possível, como é que experienciou a relação que tinha com o seu companheiro, antes e depois da cirurgia.*

Nós tínhamos, e temos, uma relação boa porque ele foi sempre muito meu amigo e ajudou-me sempre muito e quando eu lhe disse que tinha cancro ele agarrou-se a mim a chorar e chorámos os dois nessa altura... Ao princípio a nossa relação abalou um bocado por causa da doença, da quimioterapia, porque eu também estava muito em baixo. Mas ele aceitou sempre isso bem e não me deixou por causa disso... ele ajudou-me sempre em tudo, foi até ele que, quando o cabelo me começou a cair, me cortou o cabelo com a máquina. Já pode ver que ele aceitou bem a doença, não me virou as costas. Por exemplo, ele gosta muito de praia e quando andava a fazer os tratamentos, que calharam no verão, eu não ia a praia e ele também não ia, ficava comigo a tarde inteira lá ao pé de mim e dizia “se tu não vais eu também não vou”. Depois da operação, ele ao princípio também não quis ver logo “agora não”, agora vê e diz que não faz mal... mas também quer que eu faça a reconstrução da mama, diz que assim fico melhor... Quando estava doente às vezes nem admitia que ele me tocasse e ele respeitou-me sempre nessa altura... ele mesmo dizia “tu queres assim, está tudo bem”, mas agora está tudo lindamente, não é por não ter uma mama que a vida parou, não!

**31.** *De que forma, se for o caso, acha que a mastectomia por cancro da mama influenciou a sua relação com os outros, nomeadamente com o seu companheiro?*

Eu acho que não influenciou, está tudo na mesma... mesmo com a minha família, com as pessoas que eram minhas amigas, até acho que agora estão mais minhas amigas... deram-me muito apoio naquela altura da doença, deram-me muito apoio e continuam a dar-me apoio...eu sinto isso... e também sinto isso do meu companheiro... sinto que ele é tão meu amigo agora como era antes de eu ter a doença, é isso que eu acho... por isso não houve influência.

**32.** *Como perceciona a cirurgia reconstrutiva na vivência do relacionamento conjugal?*

É assim, nós nunca falamos disso mas acho que...que é melhor a pessoa ter as duas mamas do que ter só uma, acho eu... Por exemplo, eu não me vou pôr despedida ao pé dele, nem pensar

nisso, que eu não faço isso! Mas ele também não se importa, está a perceber? ... Eu não faço isso, nem pensar [risos]... acho que se fizesse a reconstrução iria influenciar a relação porque é outra coisa... não é nada agradável uma pessoa estar ali despedida com uma mama e do outro lado não ter nada. Por exemplo, quando eu vou fazer exames fora do hospital eu sinto-me assim um bocadinho intimidada, porque mandam despir a gente e eu tapo logo com as mãos... mas no hospital já não fico assim, sabe porquê? Porque não sou só eu, há mais... e eles já estão muito habituados a estas situações nos hospitais...e cá fora não, ficam assim olhar e porquê, e não sei quê, e não sei quantos, e uma pessoa fica assim, pronto fica assim para baixo.

**33.** *Por fim, e relativamente ao último tema que diz respeito a vivência da sexualidade, peço-lhe que exponha, da melhor maneira, como tem vindo a vivenciar a sua sexualidade, antes e depois da cirurgia.*

Quer dizer antes era melhor... agora é um bocadinho mais... quer dizer é diferente ... porque, é como eu digo, uma mulher sem uma mama é diferente, é muito diferente... antigamente como eu não tinha a doença e tinha as duas mamas era diferente, pronto era muito diferente... agora não, uma pessoa já está mais com aquele receio de... pronto, ele também não gosta muito de me ver assim, porque eu sei que não gosta! Eu não preciso que ele me diga “ai eu gosto de te ver assim”, não gosta! Ninguém gosta de ver a outra pessoa assim, isso é evidente... e eu sentia-me muito mais à vontade antigamente do que agora ... agora é diferente... Apesar de ele ser uma pessoa muito compreensiva e de ter sido muito meu amigo, mesmo durante os tratamentos e tudo, de ter encarado bem a doença e de me ajudar sempre naquilo que pôde, as coisas ficam diferentes... e não foi ao nível dele mas sim do meu... porque eu não me sinto bem comigo própria, por exemplo, esta coisa da mulher exhibir o corpo para o homem, eu não consigo fazer isso...não consigo nem pensar nisso! A pessoa sente-se triste de não ter um corpo como deve de ser, a mulher fica feia, fica com o corpo feio e por isso não gosto de o mostrar (risos) é isso...

**34.** *Como percepciona a cirurgia reconstrutiva na vivência da sexualidade?*

Acho que com a reconstrução iria ser melhor, seria diferente... eu iria sentir-me melhor comigo própria, é isso que eu sinto.

**Anexo X. Entrevista de Arminda.****Entrevista de Arminda**

78 Anos

2,5 Anos decorridos desde a cirurgia final

Mastectomia bilateral sem reconstrução

*1. Iniciando a nossa abordagem ao primeiro tema, que diz respeito ao cancro da mama e seus consequentes tratamentos, peço-lhe que me descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.*

Eu estou casada há 59 anos, casei ainda criança e foi o normal... nunca fui assim uma pessoa de muitas fantasias... tive os filhos, amamentei-os...e nunca senti nada, nunca senti nada no meu corpo. Aos 32 anos fui operada por causa da gravidez mas felizmente não tenho tido doenças, nunca tive mais nada desde que fui operada em 63, nunca senti nada em mim, nem na barriga, nem peitos, nem em nada, pronto. Eu desde o ano 2000 que os médicos me disseram “D. Arminda, a senhora tem uma infecção no sangue, vamos saber o que é que tem” e fizeram-me várias investigações até eu dizer que não queria mais. Eu fui sempre uma pessoa muito activa, trabalhava num colégio de crianças pequenas... pronto, e então sempre andei assim, as vezes ia fazer análises porque gostava de saber ao certo como é que estava... mas nada! Agora, faz três anos em Outubro, eu decidi fazer obras em minha casa e quando estava a arrumar tudo deu-me então uma dor muito grande, e começaram-me a cair lágrimas e comecei a dizer ao meu marido “Isto é por mal, isto é por mal!”. Fui então ao meu médico de família “Ó senhor doutor, eu sinto-me tão doente, mas não sei explicar” e ele disse, “A senhora Arminda não sabe explicar, só eu é que hei-de saber” eu respondi “Muito obrigado, senhor doutor” e vim para fora. Mas eu todos os dias tomo duche, todos os dias... mas nunca, nunca na minha vida eu, pronto... nunca tive dores, nunca tive corrimentos, nunca tive absolutamente nada, pronto, e assim fiquei. Depois, antes do médico ir de férias disse “veja lá senhor doutor, eu estou tão doente, não sei o que é...” e ele respondeu “Olhe eu vou de férias e quando vier, vai fazer estas análises” e deu-me as análises normais. Quando ele veio, no fim de Outubro, fui-lhe mostrar as análises e disse-lhe outra vez “Senhor doutor, estou muito doente, agora eu quero saber o que é que o senhor doutor me vai fazer” e nisto foi marcada a consulta para a ginecologista. Isto foi em Novembro e eu tinha a consulta na ginecologista no dia 12 de Dezembro às 2 horas da tarde. Pronto, fui fazer a mamografia e eu vi logo que havia problema... a médica disse assim ” D. Arminda, a senhora nunca fez nenhuma mamografia?” eu respondi-lhe “não, o doutor nunca me mandou fazer” as enfermeiras ficaram parvas e disseram “isto é só porque o médico quer ser bom para o estado, porque se assim não fosse, não a deixava chegar a um estado destes” e foi então que soube, por elas, mais ou menos o que tinha. No fim da consulta fui ao médico e o meu marido queria vir, mas ele estava lá ocupado com o stand e eu disse “Não, eu vou sozinha!”. Fui ter com o médico e só lhe disse assim “Senhor Doutor, estão aqui os exames todos e eu quero ouvir da sua boca...” ele viu que estava nervosa e disse “D. Arminda sente-se se faz favor” leu a mamografia e, sem olhar para mim, e disse-me ”Ninguém lhe vai tocar sem lhe fazer a biopsia”, eu comecei a chorar e disse “Muito obrigado, senhor doutor” e fui-me embora. Depois voltei a ginecologista e ela

perguntou-me como era a minha vida de casada, pronto é como lhe digo a vida de casada antigamente era tudo debaixo dos lençóis e ninguém sabia mais nada, as coisas eram assim, e ela disse “a senhora está muito fechada” disse-me que fazer o papanicolau tinham de por o espeto para crianças porque eu estava muito fechada. Depois disso tudo fui ao médico saber os resultados e o meu marido queria ir comigo e eu disse “Não vais!” e então disseram me que era nas duas mamas, eu fiquei um bocado chocada, fiquei, não digo que não... eu pensava que era só numa, mas era nas duas, e que já tinha isso há mais de 20 ou 30 anos mas que nunca se tinha desenvolvido. Quis logo ser operada e fui logo operada no dia 15 de Março aos dois peitos. Passei bem, graças a Deus, também foi porque tive um muito bom acompanhamento graças ao meus filhos e aos meus netos, porque há pessoas que são mais infelizes que eu... agora o pior que tudo é a gente querer fazer coisas e não poder, eu não posso levar uma injeção no braço, não posso medir a tensão no braço tem que ser na perna... O soutien, só há dois ou três meses é que o uso, porque eu não... pronto, não... e os médicos ralham comigo porque eu tenho que usar e eu digo: “Uso só quando saio” porque em casa não consigo usar, não consigo andar com aquilo. Depois tenho um trauma... eu era muito, tinha muita vida e agora ... parecendo que não, a gente não podendo fazer cama e limpar as coisas, nem varrer, nem aspirar, nem nada, nunca mais fiz nada...custa-me a fazer, mas tem que ser! passar uma camisinha de ferro ou duas ao meu marido ainda vou passando, que a rapariga diz que não sabe e o meu marido é esquisito, é estas coisas que eu às vezes penso e fico muito triste, mas Deus queira que todas não passem por isto, porque é muito difícil a minha vida... para fazer a depilação tem que ser com pomada, com o creme, que não pode ser com mais nada, nem com lâmina, nem com máquina... quer dizer somos umas pessoas, quer dizer, eu nem posso pegar minha louça porque é muito pesada, quando é preciso a minha nora ou a minha filha, quem for almoçar, que eu não faço almoço para nenhuma, às vezes apetece-me, mas elas é que têm as forças e... depois é assim a minha vida. Tenho muitos dias em que acordo e não me apetece levantar, olhe, hoje era um dia desses, digo-lhe francamente, se não tenho combinado, não vinha ... o meu marido foi um homem que trabalhou sempre, mas em casa nunca, ele era uma pessoa que se lhe faltasse um garfo ou uma faca não se levantava para ir buscar, nem nunca andou com um saco para ir às compras, e agora tem que as fazer, que eu não posso pegar em pesos... é muito difícil, só lhe digo isto menina, é muito, muito, muito difícil... porque quem tira uma, minha menina, tem a outra para se mexer, venha a vontade... agora quando se tiram as duas ficamos imobilizadas.

## *2. O que é que a levou a optar pela mastectomia?*

Olhe, foi o médico que me disse que se não o fizesse que ia sofrer muito, e eu já estava a sofrer por causa da dor, então não tive opção. Eu trabalhava como educadora com crianças dos 2 aos 18 anos, tinha muita vida, eu corria para aqui e para acolá, tive sempre muita vida e uma aparência de muita saúde... os olhos brilhavam-me e agora, às vezes, sinto que os meus olhos querem-se fechar, antigamente não... tenho o meu marido, preciso dele, não digo que não, para ir buscar a água e temos uma vidinha um bocado... pronto, não digo nada, temos uma vidinha muito poupada, comemos só o queijinho... mas isso não interessa... mas pronto, combinamos muito bem um com o outro. É um bocado complicado, ele está sempre com medo que eu... a gente precisa de muito tempo.

## *3. Portanto fez a mastectomia aos dois peitos mas não se submeteu a reconstrução das mamas?*

Não, não tenho a reconstrução, nem quero!

**4. *O que acha da cirurgia reconstrutiva?***

Eu acho que se a pessoa for nova deve fazer a reconstrução. Agora na minha idade, eu nunca tive peito, sempre tive um peitinho pequenino, e como nunca tive peitos comecei-me a rir por causa das maminhas de pano que me puseram no fim da cirurgia, eu própria é que me ri “olha agora, então nunca tive e agora tenho assim?!”. Depois comprei umas próteses boas mas são pesadas. Eu não quis fazer a reconstrução, nem quero, mas acho que as pessoas novas devem fazer e o estado deveria de contribuir para essas coisas.

**5. *O que é que a leva a não querer?***

Olhe, psicologicamente não só vou sofrer, vou tudo... e não tenho idade já para isso. Então é assim, quando quero ponha as minhas próteses e pronto. Não me dei bem com a prótese que me deram no hospital, era me difícil usar aquilo, este que comprei é melhor, não é tão pesado e é mais macio. Então devolvi a prótese que me tinham dado porque tinha isso fechado numa caixa, não me servia, e assim dava a outra pessoa que precisasse... e depois tenho estes dois que comprei, chegam bem. Quando são pessoa novas elas podem se meter no cérebro que tem que ser porque são novas e ainda têm muitos anos para viver. Eu não sou contra ninguém que faça a reconstrução, agora na minha idade, eu não faço... não digo que outra pessoa qualquer não queira fazer, não sou contra isso, agora eu para mim não senti essa necessidade, o meu marido não me rejeitou em nada. Está claro, que também já somos um casal que já não... agora a maioria das minhas colegas acho que têm.

**6. *O que representava/significava para si, a mastectomia, antes e depois de realizar a cirurgia?***

Antes de isto me acontecer eu não via nada porque eu não sabia de nada. Não sabia absolutamente nada disto, porque também não se ouvia nada sobre isso. Actualmente eu acho que as pessoas, se têm alguma coisa, que devem ir imediatamente ao médico porque às vezes até pode ser assim, só um nódulo e não ser preciso fazer nada e se deixarem passar, pode acontecer o que aconteceu a mim. Isso é que eu não desejo a ninguém, porque as tirar as duas é muito difícil, muito, muito, muito, muito...

**7. *Quando diz que é muito difícil está-se a referir concretamente a quê?***

O principal é isto... quero pegar numa peça de louça ou uma panelinha para pôr ao lume e é muito pesado, as louças... para arrumar os armários só chego até à primeira prateleira, à segunda já não chego, ela está lá para cima... e lavar a louça às vezes lavo, venho, lavo mais um bocado, outras vezes lavo com mais calma, ou lava o meu marido, conforme a minha... isto traz muita coisa da nossa disposição. Não se pode aspirar, eu não posso, eu não consigo, os médicos também me puseram esses ses, vou fazendo conforme vou podendo mas nunca mais aspirei, para limpar o pó só também é complicado... e depois fico muito cansada, o meu problema é depois ficar cansada. Não posso fazer aquilo que eu fazia, eu era uma pessoa muito... [suspiro] quando penso que é outra pessoa a aspirar-me a casa e fazer-me a cama de lavado, que eu nunca mais fiz porque não posso levantar o colchão, é o pior.

**8. *Portanto o mais difícil para si foi ter perdido a força nos braços, estou correcta?***

Sim, sim. Os braços para mim, foi a coisa que me fez a mulher mais infeliz. Sou feliz em muita coisa, na parte familiar, na parte de tudo sou feliz, mas nisto torno-me infeliz porque

não posso fazer certos trabalhos, eu nem para fazer análises posso ser picada nos braços, tem que ser nas pernas, e eu vez até comecei a chorar porque não me conseguiam tirar o sangue.

**9. *O que sentiu quando soube, na altura, que teria que ser mastectomizada?***

Revolta, revolta! “Meu Deus, porque é que foi só a mim? Porque é que foram as duas e não só uma?” e é por isso que eu muitas vezes prefiro não falar mais das coisas, nem ... Há dias, eu estava sentada no sofá e a minha bisneta estava a brincar com as coisinhas dela e disse assim: “Ó avó minda, tu não tens maminhas?” e eu disse: “Não.” Então ela pediu-me para lhe mostrar e eu mostrei, tirei a blusa, que não tinha soutien nem nada, e ela disse “Ah pois é, ó avó tu não tens maminhas, eu tenho”, “Pois, filha, tiraram-mas” disse eu... nunca mais pude pegar nos meus bisnetos ao colo, nem o mais novo que tem um ano, porque não posso pegar em pesos. Os médicos proibiram-me “nada de pesos, nada de injeções”... mas eu senti muita revolta disso, muita revolta, muita, muita, muita... “Porque é que aconteceu a mim, Meu Deus?!” Por exemplo, as costas e assim é o meu marido que tem de me lavar que eu não consigo, nem pegar em toalhas de banho grandes consigo! Há muita coisa que eu fazia com alegria, e depois penso que... as lágrimas vêm para fora, mas tenho que me conformar. É muito difícil.

**10. *E actualmente, como se sente ao saber-se mastectomizada?***

Não digo que não sou feliz, por amor de Deus, eu sou muito feliz, mas .... antes eu saía a correr e vinha a correr e agora sinto que necessito de .... que estou dependente do meu marido. Sou uma pessoa que, por exemplo, tenho alturas em que nem uma cadeira sou capaz de puxar para trás. Eu já não posso fazer as coisas normais como eu fazia, por isso é que eu me sinto agora mais revoltada, mas é comigo própria... revoltada porque aconteceu.

**11. *Como encara as cicatrizes deixadas pela cirurgia?***

Eu quase que nem as vejo... tomo duche, tomo tudo... às vezes vejo-me ao espelho e dá-me vontade de partir o espelho que tenho na casa de banho, mas não o parto porque é muito grande... a primeira vez que me tomei banho ali, na casa de banho, sei que chorei, chorei, chorei, até o meu marido ir ter comigo. Agora, já pronto... já não me revolta tanto quando me olho ao espelho, mas continuo magoada, continuo, não digo que não...o que me faz chorar é o não poder... não poder, compreende? Por exemplo, se eu quiser mudar uma fralda aos meus netos eu não posso, custa-me muito ... não posso... e fico triste, mas não faço... e o meu marido também é uma pessoa que não me deixa fazer certas coisas, ele tem muito cuidado comigo, e os meus filhos a mesma coisa... os meus filhos, os meus netos e o meu marido têm sido um apoio para mim, têm-me ajudado muito a ultrapassar isto tudo.

**12. *Vamos agora abordar o segundo tema, que diz respeito às vivências do corpo, pelo que lhe peço que me fale um pouco sobre a forma como experiencia o seu corpo. Como se via a si própria, enquanto mulher, antes da cirurgia e actualmente?***

Olhe enquanto mulher, como eu era, é a mesma coisa. Isso eu, pronto, sou uma pessoa um bocado...nem sei explicar bem... mesmo vida de casal, isso para mim não... nunca me... nunca foi uma coisa que... nunca fui pessoa de ...pronto, de grandes coisas ... o meu marido era novo, casou com 17 anos, eu casei com 18, mas o meu temperamento é muito frio, foi sempre muito frio, por isso não me alterou nada, isso não me fez alterar nada, nada absolutamente nada! Porque se eu fosse uma pessoa, é isso que eu penso as vezes, se eu fosse

uma pessoa, pronto, que gostasse disso, mas não, nunca fui, por isso nunca me fez diferença ... a diferença é que é esta coisa da incapacidade o resto não me faz diferença.

**13.** *O que lhe ocorre, actualmente, quando se olha ao espelho? Identifica-se com o seu corpo?*

Que remédio eu tenho... posso não me sentir feliz, porque não me sinto, sinto um bocado de tristeza porque não tenho aqui uma parte de mim ... mas de resto já não ligo, eu digo que não ligo compreende? Agora se calhar cá por dentro alguma coisa mexe, mas não estou, naquela altura fiquei revoltada, agora não... agora, olhe seja o que Deus quiser, tem de ser, tem de ser! Isso já foi ultrapassado, agora a incapacidade é que ainda não porque dou com ela todos os dias... pronto, eu isso nunca ultrapassei.

**14.** *Acha que a cirurgia reconstrutiva poderia ser uma mais-valia para si enquanto mulher?*

Não, é uma coisa que não me seduz porque acho que se já me tiraram aquilo que era meu, agora não quero cá pôr outra coisa, compreende? Eu para me fazerem uma reconstrução não tenho coisas para me tirarem de mim, sou magrinha e tal... por isso não quero, não quero. Sinto-me melhor conforme eu estou. Eu chego a casa e para me pôr mais a vontade tiro isto, visto a batina e pronto, ando assim... Se eu andasse com uma coisa que não fosse minha talvez depois fosse pior para mim.

**15.** *Como entende que os outros a vêem actualmente?*

Acho que não alterou nada ... nem o meu marido, nem os meus filhos...eu nunca mais usei roupa muito justa e posso andar com as blusas que ninguém nota que não tenho seios... e não me preocupa que A, B ou C saiba, se souber sabe, se não souber não sabe, acabou... isso não me preocupa... Meto um casaco de malha pelas costas e lá vou eu... faço eu quero e como bem me apetece.

**16.** *Por fim, e relativamente ao último tema que diz respeito a vivência da sexualidade, peço-lhe que exponha, da melhor maneira, como tem vindo a vivenciar a sua sexualidade, antes e depois da cirurgia.*

É a mesma coisa porque eu nunca fui pessoa assim de coisas ... pessoa de sexo...eu nunca fui e o meu marido também fez radioterapia há 5 anos por causa da próstata e também ficou um bocado né?!... de maneira que foi um caso que dava bem para nós os dois... pronto, acabou, acabou! Nem ele nem eu nos preocupamos com isso ... o meu marido já fez 80 anos, mas é uma cara bonita, é uma cara que ninguém lhe dá aquela idade, é um homem muito charmoso, mas... para esses efeitos não... pronto, nunca houve assim grandes coisas por isso está tudo na mesma “não se faz não se faz... nunca se fez” [risos].

**Anexo XI.** Entrevista de Helena.**Entrevista de Helena**

57 Anos

12 Anos decorridos desde a cirurgia final

Mastectomia unilateral sem reconstrução

*1. Iniciando a nossa abordagem ao primeiro tema, que diz respeito ao cancro da mama e seus consequentes tratamentos, peço-lhe que me descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.*

Os anos vão-se passando, vão passando e não digo que se esqueça, mas vai-se esquecendo um bocadinho. A experiência foi muito, muito difícil no princípio porque... foi um choque muito grande, porque eu tive uma pré-menopausa aos 39 anos e a partir daí andei sempre a ser vigiada pelo médico e todos os anos fazia uma mamografia. Na mamografia o médico dizia-me sempre que estava tudo bem, estava sempre tudo bem, e em Março de 95 também estava tudo bem. Depois em Março de 96 vou fazer novamente uma mamografia e já tinha um tumor de todo o tamanho, já muito enraizado nas costelas... lembro-me perfeitamente foi numa 6ª Feira que fui ao médico e ele engelhou assim um bocadinho o nariz quando apalpou o peito e viu que já havia ali um tumor, marcou-me logo uma mamografia e fui no sábado logo de manhã fazê-la com o meu marido. Quando chegámos... quando fiz a mamografia... a técnica que me fez disse logo assim “Olhe tem aqui um tumor, o seu médico já sabe de qualquer coisa?” e eu disse “Sim, ele já desconfia!” e ela disse que “Olhe que se ele não a mandar seguir para algum lado, venha cá ter connosco que nós mandámo-la seguir já.”. Depois na segunda-feira fui ter com o médico e ele disse-me “Está aqui um tumor assim grandinho... não é assim muito famoso”... Quando soube disto tudo chorei amargamente e o meu marido também. Depois fui encaminhada para outra médica, que ficou responsável pelo meu processo, ela observou-me e fez logo a biopsia ... mas eu não me queria deixar picar, não me queria deixar picar de maneira nenhuma porque eu tinha muita confiança, e tenho ainda hoje, numa senhora que é homeopata, que é muito minha amiga e que me ajudou muito nessa fase com produtos naturais, muito mesmo ... e ela disse “Olhe Lena, não se deixe picar porque se se deixa picar tem que tirar o peito”. Ela não queria que eu fosse operada e se me deixasse picar tinha que tirar o peito! Mas naquela altura não tinha assim muita confiança na senhora, se fosse hoje ainda pensava duas vezes, mas naquela altura só disse assim “Bem, tenho que ir falar com o meu marido” e o meu marido disse assim “Olha, vamos seguir para a frente!”. Depois, ainda no mês de Março, comecei logo como a quimioterapia. Fiz três vezes a quimioterapia antes de ser operada, depois no dia 25 de Junho fui operada, e fiz a quarta vez em Junho depois da operação. Foi uma fase muito difícil, começou logo na primeira quimioterapia porque caiu-me o cabelo e foi o que mais me custou... foi a queda do cabelo... custou-me mais a queda do cabelo do que me tirar o peito, custou-me muito mesmo. Foi uma fase difícil mas por outro lado tive a ajuda daquela senhora que é homeopata porque ela deu-me comprimidos naturais que foi muito bom para mim porque eu vi senhoras a sofrerem muito do estômago por causa de comprimidos que tomavam, faziam bem a uma coisa mas faziam menos bem às outras, os estômagos não se aguentavam, não é... Todas as coisas más da quimioterapia, a boca cheia de aftas, cheia de borbulhas, os ouvidos... eu via as senhoras

desastradas e eu felizmente não. Quer dizer, foi um bocadinho doloroso aqueles dois três dias a seguir à quimioterapia, mas em comparação com as outras senhoras que andavam a fazer eu não passei um terço daquilo que elas passaram... Eu nunca tomei os medicamentos do hospital, durante o tempo em que fiz os tratamentos, tomei sempre comprimidos da medicina alternativa.

## *2. Fale-me um pouco mais acerca da quimioterapia.*

A quimioterapia foi sempre injectada, três em três semanas, eu era injectada. Ia lá, estava três ou quatro horas a ser injectada. E aquilo dizia-se que era veneno, não é? E é! Porque para queimar a células más algumas boas também são afectadas, não é? E durante a quimioterapia os médicos receitavam-nos os medicamentos para repor, porque se perdia muitas defesas, então eles receitavam ferro e muitas, muitas outras coisas. Eram quatro, cinco e seis qualidades de medicamentos que eles receitavam. Só que depois eu chegava junto da homeopata e ela dizia “Ai D<sup>a</sup> Helena não tome isso porque isso dá cabo de si! Isso dá cabo do estômago, isso dá cabo não sei de quê, não sei que mais! A senhora não tome isso!” mas eu tinha medo de não os tomar porque depois podiam os valores não estarem bons para fazer uma nova quimioterapia e podiam-me mandar para trás e eu queria era fazê-las todas, quanto mais depressa melhor. Tinha que ser, e se eu pudesse fazer duas de uma vez eu fazia duas de uma vez, que eu queria era ver-me livre daquilo. E ela disse assim “Não tome, tenha confiança em mim!” “tenha confiança em mim, não como médica mas como amiga” e então parece que me enchi de coragem e ganhei confiança na médica e a partir daí não tomei mais medicamento nenhum do hospital, só tomei os medicamentos dela, e abençoada a hora porque não se me abriu a boca, não me doía o estômago, não engordei, não... nada, foi assim uma coisa que eu ainda hoje vou à senhora, ainda hoje ela me receita coisas... foi bom a ajuda dela. A partir daí fiquei com aquele comprimido da quimioterapia constante, a que é contínua durante cinco anos. A partir dos cinco anos, e ao fim de um ano, veio-me o cabelo. O que mais me custou foi a queda de cabelo. Andava com uma peruca enterrada na cabeça, uma coisa muito mal jeitosa, ai meu Deus! Não gostei nada daquele meu aspecto de peruca ali enterrada na cabeça. A parte física, nessa fase, ... ficou bastante afectada, aquela coisa, aquela imagem de mim com a peruca na cabeça. Deixei até de ir a missa, eu não gostava... é a tal coisa, pensava que as pessoas que olhavam para mim “olha coitada...” e a gente começa a pensar naquilo! E se calhar até não é, mas começamos a pensar nisso, não é? A queda do cabelo foi o que me custou mais, parece a perda da mama que não me custou tanto e, no entanto, a perda da mama é para toda a vida enquanto o cabelo volta, não é? Mas, é assim.

## *3. O que sentiu ou pensou quando soube que tinha cancro da mama? E actualmente como lida com isso?*

Primeiro pensei que nunca... sei lá! Que nunca durava tanto tempo! Disse assim: “Ai, meu Deus, isto é mesmo cancro! É um cancro!”. Quando se ouve a palavra cancro é... agora já não é tanto... mas há doze anos atrás... o meu filho, que tinha 15 anos na altura, dizia assim “Ó mãe, tens cancro?”... Aquela palavra... Aquela coisa dele apavorado “Mãe, tens cancro?” e eu assim “Não filho, é qualquer coisita só aqui no peito mas... mas isso vai passar e...” “Mas vão tirar o peito?” “Se calhar vão, mas o que é que a gente há-de fazer? Temos que seguir em frente.” Fiquei apavorada mas, ao mesmo tempo, também fiquei com uma força interior muito grande! E essa força interior parece que ultrapassava tudo aquilo que... sei lá, que me ia, às vezes, cá dentro na cabeça, não é? Porque às vezes... a cabeça dava voltas, havia alturas de pensamentos muito negativos, mas também havia alturas de pensamentos muito positivos e foi assim que se ultrapassou toda aquela fase. Actualmente é a pouco e pouco de cada vez, não é?! Todos os anos temos a consulta de rotina e pensamos que a pior fase já passou...só

que ... pode-se reproduzir noutra parte do corpo, não é? Segundo o que eles dizem, estamos sempre sujeitos e também estamos sempre com o coração nas mãos. E sabe, quando é a primeira vez que nos aparece o problema a gente pensa “Vou-me curar! Se os outros conseguem, eu também consigo!”... Mas quando é a segunda vez que recai, já é muito complicado... há sempre menos defesas, ou mesmo porque se recai sempre pior, e... são poucos aqueles que conseguem vencer a batalha quando se recai a segunda vez porque é um bocado complicado. Mas olhe! Vamos andando e vou fazendo a minha vida normalmente!

*4. O que representava/significava para si a mastectomia, antes e depois de realizar a cirurgia?*

É assim, eu na altura em que fiz a mastectomia foi... foi um choque muito grande! Tirar esta parte, não é? Ficar assim... e depois ter de me adaptar à prótese... Sei lá, se fosse hoje até se calhar fazia a reconstrução, mas na altura não! Estava completamente fora de hipótese, não queria de maneira nenhuma porque não queria pensar nisso, não queria pensar no sofrimento, não queria pensar em mais nada. Quanto a parte física em si penso que essa tal médica que é homeopata me deu qualquer droga, entre aspas, para eu saber aceitar a minha maneira de ser, ela falou comigo e disse-me assim “Tem que saber enfrentar que agora é assim. Se quiser fazer a reconstrução, pode fazê-la á vontade”. O meu médico ginecologista também me disse a mesma coisa. Ele disse que isso era só por estética, porque de resto não era precisa para mais nada... “se o marido for compreensivo pode ficar assim que não tem mal nenhum” dizia o meu ginecologista. É certo que tirando o sutiã... pronto, quando tomo banho ...há aquela falha, não é?! Eu queria estar composta e não estou, talvez por culpa minha porque se eu tivesse feito a reconstrução era bonita e assim não estou bonita. Mas olhe, vai-se andando.

*5. O que sentiu quando soube que teria que ser mastectomizada? E o que sente actualmente, ao saber-se mastectomizada?*

Olhe, senti uma tristeza muito grande, uma ansiedade muito grande, uma vontade de chorar muito grande... chorei muito ... ia chorar muito para a igreja. Era lá que chorava muito, muito mesmo, e pedia a nossa Senhora me ajudasse, para que tudo corresse bem, para que fizesse o melhor que...sei lá...para ela e para mim. Na altura a gente pensa em muita coisa. Era difícil porque passava-me muita coisa pela cabeça, muitos pensamentos, uns positivos, outros negativos...foi uma fase difícil tanto da parte física como da parte psicológica, qualquer uma delas foi muito difícil... com muito choro sobretudo... mas eu penso que agora ultrapassei.

*6. Podia-me explicar um pouco melhor quando diz que agora ultrapassou?*

Eu agora encaro bem! Porque é mesmo assim, não vale a pena estar de outra maneira! Agradeço muito a Deus por estar aqui como estou. Nunca pensei... chegar ao ponto onde cheguei! Doze anos depois, não é? Nunca pensei que fosse capaz de ultrapassar isto, porque... É assim, comigo já foi há doze anos mas a seguir a mim, passado um ano, passados dois, passados três, passados quatro, pelo que eu sei, foram as minhas vizinhas, amigas foi tudo a eito! E muitas morreram! Não conseguiam vencer... a minha irmã durou um anito, um ano e pouco, depois de ser operada... depois apareceu logo noutra irmã, depois acabou, depois apareceu logo noutra, tem sido assim há uns dez anos para cá... têm sido uns anos muito difíceis psicologicamente, a parte psicológica tem sido muito afectada por todos. Porque é assim, nós agora pensamos “agora quem é que vem a seguir, será que vou ser outra vez eu?”. Andamos todos assim, não andamos no ar nem andamos no chão, andamos todos assim alterados. É complicado, é complicado. Mas é assim, é o que eu digo “Agora estamos nas

mãos de Deus, aquilo que ele quiser para nós é o que a gente tem de aceitar, não é?” Embora às vezes custe, e a gente chora muitas vezes, e muitas vezes enfrentamos e procuramos fazer alguma coisa pelos outros também, e ajudar um bocadinho os outros naquilo que se pode, não é? É assim.

**7. *O que acha da cirurgia reconstrutiva a nível físico, mental e emocional?***

Várias pessoas, colegas minhas, falaram comigo para fazer a reconstrução... Elas também tiraram o peito e todas vêm ter comigo e dizem “Então Lena, vamos fazer?!” Mesmo a minha sobrinha, que também tem cancro da mama, também me disse a mesma coisa “Ó tia, venha fazer comigo a reconstrução...” e eu digo-lhe “não vou, acho muito bem que o faça, mas eu...” O choque foi tão grande para mim! Ainda não foi pelo sofrimento porque eu não... físico! Ainda não foi pelo sofrimento físico porque eu não sofri muito, mas foi pela parte psicológica que me afectou muito. E agora, ter de ir outra vez para o bloco operatório, ter que ser outra vez cortada, apenas por estética?! Não, parece-me que não era capaz de o fazer. Se fosse preciso, se fosse por doença eu fazia tudo, agora só por estética não! Os filhos agora estão grandes mas sofreram bastante na altura, lembro-me muito bem, foi um choque muito grande para todos, para o meu marido então... apanhava-o a chorar por todos os cantos. Eu era a mesma coisa. E agora, ter de ir outra vez para o hospital... a pior coisa para o meu marido era ter que ir para o hospital, ter que dormir fora de casa. Ter que ser operada mais três ou quatro vezes para fazer a reconstrução... está certo que... a parte física conta muito, mas para o meu marido penso que não contou. Havia colegas cujos maridos não aceitavam ... houve uma senhora que me disse “Eu tenho que fazer porque o meu marido quer, ele disse mesmo que se não fizer que...” e eu disse-lhe que achava bem que ela fizesse. E ela fez, e eu continuei assim sem fazer, mas o meu marido não, o meu marido não se importa. Fazemos a nossa vida normal, embora já não sejamos crianças, já não temos vinte nem trinta anos, temos cinquenta e tal anos. Mas fazemos a nossa sexualidade normal própria da época e da idade, não é? E pronto. O meu marido sempre foi muito... aceita muito bem. Apoiou-me sempre para fazer o que eu quisesse, que para ele estava tudo bem. Eu não quis fazer, só aquela parte de ter que ser novamente internada, ter de ser outra vez hospitalizada, ter... levar mais anestesia... Achei que não e pus de lado a hipótese da reconstrução. Eu pus de lado porque não queria mais sofrimento e eu ao saber que o meu marido sofreu tanto comigo por causa do eu estar fora, de estar no hospital, de estar não sei o quê e eu ter de o deixar cá em casa e ir para lá, e de me sujeitar a mais ... pronto foi para fugir ao sofrimento... por saúde eu faço tudo! Mas só por estética penso que não. Se ele me visse de maneira diferente se calhar pronto, não é? Agora ele não me olha de maneira diferente! Tenho a certeza que ele não se importa! Eu sei que ele não se importa que eu esteja assim.

**8. *Vamos agora abordar o segundo tema, que diz respeito às vivências do corpo, pelo que lhe peço que me fale um pouco sobre a forma como experiencia o seu corpo. Como se via a si própria, enquanto mulher, antes da cirurgia e actualmente?***

O que se alterou enquanto mulher foi ter perdido a mama porque... talvez mais para o marido do que propriamente para mim. Mas pronto, o meu marido é muito respeitador ... o meu marido é muito respeitador, nem sequer se ocupa desta parte, está a ver? Eu por norma sei que sou assim, estou assim, estou bem. Antigamente despia-me à frente do marido e agora não dispo, agora vou à casa de banho, tiro o sutiã que uso durante o dia e visto um soutien mais velho para dormir, vou para a cama com o marido e tenho relações sexuais tudo normal. Ele não se cuida desta parte porque se tiver que se cuidar é do lado que tem mama. E está tudo bem assim, e não se fala desta parte, há muito respeito parte a parte. Ele não fala desta parte e, portanto, eu também não digo para ele mexer aqui ou fazer isto ou aquilo, não! Há muito

respeito parte a parte. Temos a nossa vida sexual dentro do normal, julgo eu, mas com muito respeito.

**9. *O que lhe ocorre, actualmente, quando se olha ao espelho?***

Às vezes, de repente, há aquela tristeza... mas depois olhe, tem de ser assim, é assim, pronto e acabou ali! Quando vou tomar banho ou assim “Ai meu Deus!” mas olhe é assim, é assim! pronto, e acabou ali! Não há, não, não penso em mais coisas senão começo com outro tipo de pensamentos por isso é assim, é assim! E continua assim! Graças a Deus, por ser assim.

**10. *Como é que, actualmente, acha que os outros olham para si?***

É tudo igual, tudo igual. Não vejo diferenças. É como lhe digo, os nossos vizinhos e a nossa família foi tão afectada que estão todos debaixo das mesmas telhas. E não, ninguém diz “Coitada da Lena teve este problema ou coitada da Lurdes que teve aquele problema, olha a Florinda não sê quê, olha a Fátima não sei que mais...”, não, olhe é assim, vamos em frente e acabou-se. Vivemos um dia de cada vez. As pessoas de fora não sei o que dizem porque também não vêm ter connosco a dizer “Olha coitada, não sei quê, não sei quantos...” não é?! Na família estamos todos afectados, quase! Encaramos todos da mesma maneira, não é? Tentamos... ser mais positivos do que negativos! Mas é... complicado! Agora a última notícia foi de um irmão meu, apareceu-lhe cancro na garganta. Tem sido uma fase muito difícil para ele. Muito difícil... estive dois meses a alimentar-se pela sonda, foi muito complicado. Agora parece que tem andado a recuperar mas continua a ter, todos os meses, uma data de consultas, não é!? É muito complicado! Mas pronto é assim a nossa vida!

**11. *Actualmente, identifica-se com o corpo que tem?***

Sim! É tudo diferente mas encarei que... encarei que a realidade agora tem que ser esta! Eu não optei por... pela reconstrução, não é? Agora tenho que encarar que seja assim, a realidade de viver assim!

**12. *Abordando agora o terceiro tema, que diz respeito ao relacionamento conjugal, peço-lhe que me esclareça, da melhor forma possível, como é que experienciou a relação que tinha com o seu companheiro, antes e depois da cirurgia.***

A nossa relação sempre foi boa. Não senti diferenças. Penso que o meu marido sofreu mais que eu. Talvez por notar que ele sofreu mais que eu, quando fui operada, é que eu andei um bocadinho afastada da ideia de fazer a reconstrução. Se eu visse que ele tinha aquele grande interesse, ou aquela grande vontade que eu fizesse a reconstrução, eu se calhar na altura, e para lhe fazer a vontade, se calhar até fazia, não sei, não sei... mas como eu vi que ele sofreu muito, muito mesmo, chorou muito, ... abraçava-se muitas vezes a mim a chorar... então penso assim “Não, não o vou fazer sofrer mais, não por estética”, não porque também não houve diferenças de antes para depois da mastectomia, acho que não houve diferenças. A nossa relação manteve-se, nós sempre fomos um casal que... que sempre nos demos bem, logo desde início, não há problemas na nossa vida.

**13. *Por fim, e relativamente ao último tema que diz respeito a vivência da sexualidade, peço-lhe que exponha, da melhor maneira, como tem vindo a vivenciar a sua sexualidade, antes e depois da cirurgia***

Olhe, é igual. É igual, talvez com menos frequência agora porque a idade também vai influenciando. A idade agora também é outra, já estou na fase soa cinquenta e tal anos, não é?

**14.** *Como percebe a cirurgia reconstrutiva nas vivências? Acha que se tivesse optado pela cirurgia reconstrutiva as suas vivências do relacionamento conjugal e da sexualidade seriam diferentes?*

Eu penso que não, penso que não alterava. Porque se eu fizesse a reconstrução o meu marido ia mexendo também neste peito, por exemplo, e como estou agora não dá, não é?! Mexe só no outro [risos] ... mas é só isso porque de resto não... se eu tivesse a reconstrução era capaz de estar sem sutiã a frente do meu marido sem problemas e assim não, se me vou deitar, vou-me deitar de sutiã, mas de resto é igual.

**Anexo XII.** Entrevista de Margarida.**Entrevista de Margarida**

47 Anos

7 Anos decorridos desde a cirurgia final

Mastectomia unilateral com reconstrução diferida

**1.** *Iniciando a nossa abordagem ao primeiro tema, que diz respeito ao cancro da mama e seus consequentes tratamentos, peço-lhe que me descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.*

Eu tive conhecimento do diagnóstico em 2001 e a cirurgia foi igualmente efectuada nesse ano, portanto fez agora 7 anos que tudo isto aconteceu. Na altura, e por uma questão de hábito, já fazia a palpação de rotina e detectei que havia uma alteração evidente, notei os sintomas. Assim que reparei nos sintomas falei com pessoas do meio clínico e consegui rapidamente fazer todos os exames necessários e chegar rapidamente ao diagnóstico. O diagnóstico feito foi de cancro da mama ... maligno, e portanto só existiam duas hipóteses ou era fazer a mastectomia radical, para sobreviver e enfrentar uma luta, ou era não a fazer e sujeitar-me a todas as implicações que isso poderia trazer. Na altura, o médico colocou-me logo a par de todas as hipóteses que eu tinha, de todo o percurso que teria de fazer, inclusive que teria de fazer quimioterapia após a mastectomia, e também me deu conhecimento da hipótese de poder fazer a cirurgia reconstrutiva, embora não a pudesse fazer imediatamente por uma questão clínica. Apesar do médico ser uma pessoa acessível e de colocar a doente ocorrente de todas as fases pelas quais terá que passar eu própria, enquanto doente, sempre fui uma pessoa que todas as perguntas que tinha e que tenho, coloco-as sempre e exijo respostas. Não dou o sim como certo, não dou não como certo, quero sempre saber o que é que leva à resposta sim ou à resposta não. Coloco todas as questões que quero e exijo obter respostas. Acho que todas as doentes, seja em que sector for, devem ter sempre essa preocupação e esse objectivo: informação, esclarecimento e retirar dúvidas. Acho que isso é muito importantes porque em vez das dúvidas ficarem no psicológico a funcionar como pontos de interrogação devemos ter o maior número de certezas possíveis. Após a mastectomia não pude logo fazer a reconstrução e, portanto, fiquei com o peito completamente liso, como se de um bebé se tratasse. Só depois de fazer a quimioterapia e passado algum tempo é que fiz uma nova cirurgia para me ser inserido um expansor. Esse expansor foi depois enchido de x em x tempo para obrigar a uma dilatação da pele e, assim, criar pele suficiente para posteriormente ser efectuada a cirurgia reconstrutiva final. Após haver pele suficiente, foi marcada uma nova cirurgia para retirar o expansor e puseram-me a prótese. Eu não tinha gordura suficiente para fazer o implante com gordura corporal pelo que tive que pôr a prótese. Depois de fazer a cirurgia para a colocação da prótese fiz, mais tarde, a reconstrução da auréola, com tecido da zona da virilha, e do mamilo, com parte do mamilo da outra mama. Portanto a reconstrução da mama foi feita por etapas, implicando várias cirurgias. Em termos de quimioterapia passei por tudo o que está inerente à questão, portanto... a queda de cabelo, a queda de sobrancelhas, os enjoos e, no meu caso, também engordei muito. Mesmo assim, no meu caso pessoal, não me

posso queixar muito porque nestas situações há o aspecto clínico, o psicológico e o individual de cada pessoa e tudo isso são factores que fazem com que os processos sejam distintos de ser humano para ser humano. Portanto, superei! O cabelo voltou a crescer, as sobrancelhas cresceram, as pestanas cresceram, a tonalidade da pele voltou ao normal e o meu peso também voltou ao normal. Entretanto tornei-me fundadora, com mais outras amigas minhas, de uma associação de mulheres mastectomizadas que é a associação “Ame e viva a vida”, onde todas as fundadoras são mulheres mastectomizadas por cancro de mama. Uma das causas pela qual sempre lutei, e continuo a lutar actualmente dentro da associação, é o facto de que quando se tem cancro de mama isso não significa que “Coitadinha, vai morrer” porque há muito esse estigma “Ai coitadinha que vai morrer”. Eu pessoalmente, e desculpe a expressão, sinto-me sempre borrifando um bocado para isso, para esse estigma. Depois desta primeira situação, durante 5 anos é a chamada fase de recidiva em que poderá eventualmente despoletar uma outra situação clínica, e no meu caso isso aconteceu... eu em 2006 comecei a notar os sintomas e tive uma recidiva na zona do externo, na zona óssea... portanto... e portanto lá vamos novamente ao mesmo ciclo, radioterapia, quimioterapia, novamente o mesmo blá blá blá... Fiz tudo e pronto! Agora estamos em 2008, já tudo passou, já mudei de corte de cabelo duas ou três vezes. Acho que o meu testemunho é muito importante para as mulheres que estão a passar por essa fase, ou eventualmente poderão vir a passar, e espero que seja útil no aspecto de incentivar, porque se eu consigo... as mulheres que passam por isto têm que olhar para as que batalham e lutam, que encaram um dia de cada vez, apesar de haver dias em que, quando nos levantamos, parece que nos cai o mundo em cima e abrimos a torneira mas a seguir vai-se tomar um duche, passa-se um creme, um perfume, uma maquilhagem, uma roupa bonita e é viver um dia após o outro. Eu por vezes, ao longo do meu testemunho, falo na associação porque ela foi criada precisamente por pessoas como eu que são vencedoras, e não-de continuar a ser, de uma luta que é diária contra o cancro da mama e com esta associação pretendemos precisamente demonstrar isso, dar ânimo, dar esperança e dar força a todas as mulheres que tenham conhecimento dela e que vejam o nosso exemplo para saberem que se nós somos capazes, se nós conseguimos e não baixamos os braços e não desistimos, é porque isso é possível. Há mulheres que nos vêem e que não têm conhecimento que temos cancro de mama e quando sabem que temos cancro de mama dizem “Ai, meu Deus, como é que é possível? Porque ela arranja-se, porque ela maquilha-se e porque ela vai jantar fora e porque ela continua a ter gosto em se arranjar...” Isto tudo é muito importante porque o facto de se ter cancro de mama e de se passar por todas estas fases, que não é fácil, é uma luta tal como é quando acontecem outras situações pessoais ou profissionais que têm que ser superadas, pois existem sempre altos e baixos, a vida não é fácil, e em certas situações vamos buscar forças, não se sabe bem aonde, para superar os obstáculos quando surgem e, portanto, este é mais um, tem que se encarar assim!

## *2. O sentiu na altura que lhe foi diagnosticada a doença?*

Na altura em que me foi diagnosticado o cancro da mama, eu prefiro sempre... tenho uma forma de lidar com as situações em que, quando sou confrontada com uma determinada situação, tento sempre pensar que vai ser a parte mais negativa que vai surgir porque se for a média ou a boa óptimo, se for a má eu já estou mais ou menos mentalizada para a encaixar. Portanto, quando eu tive a certeza, a sensação que eu tive foi que o mundo me tinha caído todo em cima da cabeça, com tudo e mais alguma coisa. Como eu costumo dizer as pessoas, com quem convivo mais intimamente, parece que me caiu um balde de colocar as garrafas de champanhe com cubos de gelo em cima da cabeça. Portanto, aí entrou a minha maneira pessoal de lidar com as situações complicadas que é abrir a torneira completamente, e não vale a pena dizerem-me nada porque quanto mais me tentam acalmar mais a torneira abre e é

um dilúvio completo. Na altura, a pessoa que nos transmite o diagnóstico também auxilia muito na forma de encarar a situação porque eu estava sentada, abri logo a torneira e a questão que eu coloquei foi “e agora? O que é que é para fazer?” e a opinião do médico, que ainda hoje é meu amigo e que é uma pessoa excelente, foi “É assim Margarida, tens uma situação clínica em que o que de fazer é retirar toda a mama do lado direito, que é uma intervenção cirúrgica a que nós damos a designação de mastectomia radical” e depois perguntei-lhe “E depois como é que é? Se eu não fizer essa operação quais são as hipóteses?” “É assim, se quiseres lutar e viver, é fazeres esta operação, se não, não te posso dar respostas, mas melhorar não vai melhorar, só vai agravar” e eu disse-lhe “Pronto, se tenho que fazer então faço porque eu quero viver... eu sou muito jovem para entregar os pontos e isso não vai ser mais forte que eu... Já atravessei situações complicadas na minha vida portanto essa vai ser mais uma, eu só preciso é que me explique o que é, o que é que vou fazer, o que é que terei que fazer, mas eu quero saber tudo”. A partir daí ele explicou-me no que consistia a cirurgia, os passos que iram ser dados, que era uma luta complicada, mas que era pensar num passo de cada vez e foi esse o lema que eu adquiri. Portanto o primeiro passo foi encaixar o diagnóstico, foi contar até 10... o meu marido acompanhou-me nessa consulta, só que eu não quis que ele entrasse comigo, ficou fora do gabinete, eu quis entrar sozinha, mas por opção. E só depois de ter os esclarecimentos todos é que eu pedi ao doutor para fazer a gentileza de lhe pedir para ele entrar no gabinete e o colocarmos ao corrente.... E pronto, e foi assim, portanto saí dali, posso dizer que metemo-nos no carro e fui para a beira-mar. Lembro-me perfeitamente que o meu marido ligou para o local de trabalho para falar com a entidade patronal e lhe dizer que tinha ido comigo a uma consulta muito importante e que não dava para ir trabalhar nesse dia, porque ia ficado comigo, e é... é um senhor, ele perguntou-lhe “Mas está tudo bem?” e ele disse-lhe que não “Posso falar com a sua esposa?”, porque eu também o conheço pessoalmente, então falei com ele e coloquei-o a par da situação. Ele disse-me “Então pronto, é assim, tudo aquilo que precisar, o seu marido não tenha problemas, pode acompanhá-la em tudo o que for preciso, que não há qualquer problema, em termos profissionais... e se ele precisar de estar consigo, mesmo sem ter que fazer nada, ele que não venha”. Estou-lhe a contar isto porque são situações muito importantes em que sentimos que há seres humanos que nos compreendem e que não nos colocam impeditivos. Portanto a minha reacção foi essa, como se o mundo me caísse em cima da cabeça, caiu em cima da cabeça do meu marido também e depois juntámos forças e foi pensar qual é que era o próximo passo!

### *3. Fale-me um pouco mais da sua experiência na altura da quimioterapia.*

Na altura da quimioterapia comprei uma peruca, falei com o meu marido como é que ia, ou não ser, e entre os dois combinámos que quando surgissem os sintomas de que o cabelo começaria a cair ... eu usava o cabelo comprido... e um dos passos que eu fiz foi fazer um corte mais curto para mudar o visual e para uma preparação psicológica para a alteração. Quando chegou o dia em que comecei a ver na almofada o cabelo a cair e fui tomar duche e fiquei com uns bocados de madeixas mais cheiinhas na mão, telefonei para o meu marido e programei com ele e ir tirar o cabelo definitivamente porque eu sempre disse que não ia chegar ao ponto do cabelo me cair definitivamente. Portanto rapei o cabelo para não chegar ao ponto do cabelo me ir caindo gradualmente e ficar com falhas e etc. Rapei-o para não ter aquela visão psicológica de ver o cabelo a cair, que acho que é horroroso, é péssimo, é preferível e continuo a manter essa opinião... retirar o cabelo na totalidade porque ele vai cair na mesma. Para já é pouco higiénico e psicologicamente é péssimo, portanto já que ele tem mesmo que cair e está na fase de cair, ao retirá-lo na totalidade a pessoa fica limpíssima, não

tem aquele estar no chuveiro e ver as madeixas de cabelo a cair, já chega de início quando se dá pelo sintoma.

**4. *O que representava/significava para si a mastectomia, antes e depois de realizar a cirurgia?***

Mastectomia é sempre mastectomia! Na altura em que soube que ia fazer mastectomia não foi fácil... não, não foi fácil... não foi fácil mesmo sabendo que iria ter a hipótese de fazer uma reconstrução futura e ainda foi menos fácil porque não podia fazer a reconstrução logo na altura em que a mastectomia seria feita ... Agora é assim, é evidente que com todo o percurso clínico que eu fui fazendo até esta data, que já são uns anos, e o facto de ter a cirurgia reconstrutiva feita são factores que ajudam a que se encare o termo mastectomia de uma forma mais madura porque já se encara a mastectomia com uma cirurgia reconstrutiva feita, é diferente... Mas é uma fase muito complicada a mastectomia, para mim a fase mais complicada foi depois de ter feito a mastectomia... a fase realmente complicada foi quando após a mastectomia fiquei com uma zona de pensos, que durante a fase de internamento vão sendo renovados pelo médico. O dia mesmo complicado que eu tive foi no dia em que foi retirado o penso todo, é que se foi chegando a uma fase de pensos cada vez mais reduzidos, digamos assim, e chegou uma altura em que dava para eu ver exactamente como estava, e aí sim, foi um dia muito complicado da minha vida. Foi o dia, precisamente, em que o médico em questão me disse “É assim, Margarida, hoje dá para eu fazer um penso em que a Margarida vai conseguir ver como ficou toda a zona, portanto é para a preparar, para eu saber o que é que a Margarida quer fazer ...até que ponto quer ir...” e aí eu recorde-me de lhe dizer “É assim doutor... eu quero ver, uma vez que já está numa fase de tratamento que dá para ver... eu quero ver ... depois logo se vê... mas é assim eu tenho que encarar, é melhor ser já...”. Pronto, aí é que foi muito complicado porque enquanto estava uma determinada estrutura de faixas e pensos o próprio volume daquilo tudo fazia um certo nivelamento com o lado que tinha a mama, não é? Portanto, quando me confrontei aí é que realmente foi complicado, abri a torneira. Ainda hoje estou em contacto profissional com esse doutor em questão... e eu recorde-me, e às vezes falo-lhe nisso, recorde-me que foi abrir completamente a torneira... Foi duro, e posso dizer que o que me deu ânimo, nessa altura, foi pensar que podia fazer a cirurgia reconstrutiva.

**5. *O que acha da cirurgia reconstrutiva a nível físico, mental e emocional? O que a levou a optar pela reconstrução?***

Na altura do diagnóstico fiquei logo a saber que depois podia fazer a cirurgia reconstrutiva e disse logo que sim...eu optei logo por fazer a cirurgia reconstrutiva e nunca mudei de ideia porque achei que eu própria, independentemente do factor marido, quis fazer por uma questão pessoal porque queria ficar com o meu corpo inteiro... porque achava, e continuo a achar, que era uma faixa etária em que, perante a hipótese de fazer a reconstrução, devia aproveitar e fazer a cirurgia, de ter novamente mama, não era uma situação para deitar fora. Eu tinha a hipótese de ficar com o meu corpo como era e quis aproveitá-la, não quis ficar sem mama. Mesmo para pessoas de outras faixas etárias, mais velhas, continuo a ser dessa opinião desde que seja clinicamente viável. Sou da opinião que todas mulheres, desde que não existam impedimentos clínicos, devem fazer a cirurgia reconstrutiva porque devemos encarar que primeiro estamos nós, temos que gostar e sentirmo-nos bem connosco próprias. Qualquer mulher deve pensar primeiro em si, se gosta dela como é, e só depois pensar nos outros que a rodeiam.

**6. Como percebe a cirurgia reconstrutiva na vivência do corpo?**

Depois de ter feito a mastectomia andei com um sutiã, uma prótese que faz precisamente o formato da mama. Ai já foi um passo porque esse sutiã já fazia uma diferença... mas é totalmente diferente por muito perfeito que seja torna-se... e portanto esse soutien por muito perfeito que seja não é o ideal, mas já minimiza as coisas. Agora o ter a mama reconstruída é totalmente diferente porque é uma mobilidade, no meu caso, praticamente igual à da outra mama.

**7. Peça-lhe que me esclareça, da melhor forma possível, como é que experienciou a relação que tinha com o seu companheiro, antes e depois da cirurgia.**

Ao nível do relacionamento conjugal era casada na altura e continuo a sê-lo com a mesma pessoa. Quando tive suspeitas do que eventualmente seria, porque eu coloquei logo a hipótese que era cancro da mama mesmo antes do diagnóstico ser feito, eu fui um bocado nua e crua com o meu marido porque coloquei-o a par da situação e expliquei-lhe o que é que iria ser, pois já estava dentro do assunto. Disse-lhe que iria ser uma dose pesada e que ele teria que ponderar bem se teria capacidade, ou não, para aguentar. Pedi-lhe desculpa pela forma rude com que estava a falar mas preferia que, caso ele visse que não tinha alicerces para isso, seria preferível colocar um ponto final na relação e eu travar a batalha sozinha porque é mil vezes pior ficar só numa fase posterior do que ser logo de início porque aí a pessoa já sabe com o que pode contar. Não foi fácil dizer-lhe isso mas simplesmente formámos, na altura, uma equipa de um e ele acompanhou-me sempre, desde o início até hoje porque é uma doença que é preciso estar constantemente sob rotina de vigilância, atentamente, nunca descuidar. No meu caso é um cancro de mama maligno e evasivo portanto, em qualquer altura ele pode despoletar em qualquer órgão, em qualquer estágio, pelo que não pode ser minimamente descuidado... isso não impede... no meu caso eu continuei, e continuo, a fazer a minha rotina de vida pessoal perfeitamente normal em termos familiares, profissionais e de dia-a-dia. E pronto, no meu caso foi assim, foi uma luta complicada apesar de eu estar a falar assim, ter dado todos os passos que foram suficientes, ter uma vida profissional. Da primeira vez fui obrigada a abdicar da minha actividade profissional, derivado ao meu caso clínico, mas depois retomei a actividade profissional e pronto, no meu caso felizmente não houve complicação nenhuma em termos pessoais, em termos de mulher de me sentir diminuída, de me sentir rejeitada pelo marido em termos sexuais, absolutamente nada, sempre andei pela rua normalíssimamente, aliás eu usei a peruca duas ou três vezes e depois nunca mais a usei porque não me sentia bem. Optei por mudar o meu estilo de guarda-roupa até porque inchei bastante e como calhou numa altura de verão optei por roupas largas e estampadas. Como não tinha mama tivemos que fazer ali umas invenções com uma almofadinha, com o formato mais ou menos da mama, digamos assim, e procurava blusas, tops, etc. que não chegassem demasiado à zona da definição da mama porque se notava a diferença da estrutura do lado que tinha mama para o lado que não tinha. Há, portanto, há uma série de jogadas estratégicas que se vão aprendendo e que se vão contornando, é preciso é ter força, força de viver e de enfrentar... Na altura da quimioterapia, a exposição solar nem pensar que é perigosíssimo, derivado aos químicos que estão a circular, portanto completamente fora de questão. Eu pessoalmente, como gosto muito de mar, ao longo de toda a minha vida, que eu me recorde, o mar para mim sempre foi uma terapia e então fazia o oposto, metia-me no carro com o meu marido e à noite ia para a zona de mar, passear à beira-mar com ele e tudo bem.

**8. Acha que o apoio que obteve por parte do seu marido teve alguma influência na forma como encarou e lidou com a doença, bem como, com os seus consequentes tratamentos?**

O apoio é muito importante mas todas as pessoas têm que pensar que o melhor apoio que podem ir buscar é o apoio que têm dentro si próprias. O apoio exterior é importante mas acho que ninguém deve cair na situação de pensar “Ai coitadinha que estou a morrer, ai coitadinha que tenho esta doença, ai coitadinha que não posso fazer isto e aquilo e vou-me andar a lamentar e a chorar ao pé de toda a gente”. Sim senhora que há fases em que se tem dores, há fases que se está em baixo, há situações complicadas, mas as mulheres devem, apesar disso, tentar dar sempre a volta por cima e não andar sempre a cair naquele sistema de lamentação e de queixarem-se ... tentar, há alturas que se está em baixo mas também mas depois vir para cima ... pôr uma música a tocar, vestir uma roupa e ir passear, não se fechar em casa porque há pessoas que se sentem vítimas e que acabem por fazer com que o quadro clínico fique mais negro do que aquilo que ele é e é isso que se tem que evitar. No meu caso foi muito importante, e continua a ser, o apoio que tive mas devo-lhe dizer que não recorri a ninguém para sair da doença... fui eu, foi o meu marido, houve até alturas em que tive que ser eu a dar alento ao meu marido, em certas fases complicadas. O que é realmente importante no caso das mulheres que tenham companheiro é que sintam realmente que não são marginalizadas e isso para mim foi muito importante, aí posso dizer que sim, o facto de ter ficado sem mama e não ter sido rejeitada como mulher, não ter visto qualquer alteração em termos de desejo sexual, de ser procurada, de estar ao pé, de tudo ... pelo contrário, o meu marido nessa altura foi uma pessoa que incentivou ainda mais nesse aspecto e isso é muitíssimo importante, o facto de não ter que esconder.

**9.** *Relativamente a vivência da sexualidade, peço-lhe que exponha, da melhor maneira, como tem vindo a vivenciar a sua sexualidade, antes e depois da cirurgia.*

Em termos sexuais não tive qualquer problema, mesmo quando não tinha mama na totalidade, nunca houve qualquer alteração na nossa vida pessoal, sexual, nada... Portanto, para mim, o meu marido é um homem cinco estrelas em todos os aspectos e são nestas alturas que nós realmente, eu falo pelo meu caso, sabemos até que ponto é que alguém pode amar alguém e até que ponto alguém pode acompanhar alguém e dar apoio, dar carinho.

**10.** *Como se via a si própria, enquanto mulher, antes e depois da cirurgia?*

Enquanto mulher não existem diferenças nenhuma, acho que isso já está respondido num dos casos anteriores.

**Anexo XIII.** Entrevista de Olívia.**Entrevista de Olívia**

44 Anos

2 Anos decorridos desde a cirurgia final

Mastectomia unilateral com reconstrução diferida

*1. Iniciando a nossa abordagem ao primeiro tema, que diz respeito ao cancro da mama e seus consequentes tratamentos, peço-lhe que me descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.*

Faz portanto dois anos desde que soube que tinha cancro de mama. Fui uma consulta de rotina ao ginecologista, fiz uma mamografia onde foi detectado algo e o médico pediu-me então para fazer uma biopsia e a partir daí o médico diz-me que eu tinha cancro de mama. Depois de saber o resultado da biopsia...é assim...foi um descalabro, foi horrível, a gente saber aquilo que tem. Deparamo-nos com a vida numa mão e a morte na outra, não se sabe o que se vai fazer naquele momento, se lutamos para viver ou se desistimos. É uma baralhão completa... é o choro, é... é o mundo a desabar na nossa cabeça porque quando se sabe a notícia não se sabe em que ponto estamos. Se é pouco tempo de vida, se é muito tempo de vida, se... o que é que vamos ter que ultrapassar, o que é que não vamos ter que ultrapassar, portanto ... é um desabar de tudo. Quando soube da notícia a minha relação conjugal já estava mal e piorou porque não tive um companheiro que me conseguisse acompanhar a esse nível, foi sempre uma pessoa muito fria durante o processo todo. Ele era uma pessoa que estava na sala de espera, sabia que eu ia saber o resultado e estava a ressonar, adormeceu! Portanto, foi complicado porque vivi todo este drama sozinha. Eu andei muito tempo a caminhar para o hospital, e tudo, e ele nunca foi comigo. Só ia nos dias das operações para fazer de vela a minha mãe. Foi horrível porque passei muitos dias a chorar no jardim sozinha, sempre sozinha, sempre sozinha, a não ser com amigos, amigos que realmente me davam apoio, me telefonavam, com quem eu desabafava, às vezes vinham-me buscar à porta do hospital mas em casa não havia praticamente diálogo nenhum, eu não tinha, não conseguia ter diálogo, lá falava numa coisa ou outra mas foi muito difícil este processo. Eu chegava a casa e tinha de fazer praticamente tudo em casa na mesma, mesmo no pós-operatório tinha de trabalhar e, portanto, eu estava completamente desorientada porque tinha de trabalhar para sustentar a minha filha, do meu primeiro casamento, e foi complicado porque a minha profissão é cabeleireira e esteticista e houve alturas que só podia trabalhar com uma mão. O relacionamento em casa era muito mau até um dia me disse que... se eu tinha a doença que tinha, era porque era castigo de Deus, e era porque o merecia. A partir daí a nossa relação acabou completamente, e nunca mais houve qualquer tipo de relacionamento, já não havia e a partir daí praticamente nem houve mais conversas. A partir daí foi o desenrolar de médico para médico e fiz a primeira operação. O médico no dia da operação disse-me que não iria precisar de ser mastectomizada nem de fazer quimioterapia, que era só tirar o tumor que estava localizado. Na primeira operação correu tudo muito bem mas depois, ao saber do resultado do pós-operatório, o médico disse-me que tinha que ser mastectomizada. Eu não aceitei, neste processo todo eu disse sempre que não iria aceitar ser mastectomizada, e ...foi um processo muito doloroso neste tempo todo porque eu não aceitava, dizia que não ...não

aceitei, não aceitei porque ele tinha-me dito que se eu tivesse que ser mastectomizada poderia fazer a reconstrução de imediato e depois ele disse-me que não podia fazer porque não lhe cediam um cirurgião plástico para a operação, pois foi na altura em que houve a divisão dos hospitais, foi uma guerra total. Mas eu não aceitei e disse que queria que me arranjassem um cirurgião plástico para me porem o expansor e, por fim, lá consegui com que me arranjassem um. Eu não gostava desse cirurgião plástico, nunca tive muita confiança nele e disse sempre que as coisas não iriam correr muito bem, e não foram! Portanto na segunda operação fiz a mastectomia e puseram-me logo o expansor mas entretanto as coisas começaram a correr mal porque desenvolvi um seroma e tinha que andar a fazer compressão na mama para tirar o líquido. Entretanto as coisas pioraram, o médico deu-me antibiótico e foi de férias, e as coisas não resultavam. Eu andei sempre a fazer compressão na mama para deitar o líquido e comecei a ficar com a pele muito sensível na zona por baixo da prótese até que a pele rompeu e fiz uma terceira operação para remediar isso. Entretanto começo a piorar, comecei a ter febre, a mama começou a ficar toda inchada e entretanto substituíram-me o cirurgião plástico. O novo cirurgião plástico disse-me que tinha de ser operada de urgência porque a pele iria romper de um dia para o outro a ao romper iria verter tudo. Entretanto isso aconteceu, fui trabalhar e às oito e meia da noite rompe-me a pele e sou internada de urgência onde fiz uma quarta operação para tirar o expansor e voltar a pô-lo. O problema foi que na altura em que estava para fazer essa operação eu estava muito magra pelo que não tinha praticamente pele para puxar para cima e tapar o expansor, então o médico disse que seria complicado manter o expansor e aí foi horrível porque embora não tivesse mama, nem bico nem nada, pelo menos tinha o expansor, ou seja, tinha pelo menos o volume. Com o expansor as pessoas olhavam para mim e ninguém dizia que eu não tinha mama, portanto ...quando me dizem que se calhar teria que tirar o expansor foi novamente um desabar, reagi muito mal, aí reagi muito mal e tive azar porque, ainda por cima, a directora do hospital foi-me fazer uma visita médica e disse-me que aquilo era como se fosse um cabelo espigado, que se voltava a reconstruir, e eu disse-lhe a ela que o cabelo espigado corta-se as pontas e crescem, a mama tira-se e não cresce, portanto foi um processo complicado. Mas o cirurgião plástico disse que iria fazer o melhor possível e realmente fez, ele foi espectacular. Portanto voltei a pôr novamente o expansor, andei novamente seis meses a encher o expansor, depois retirei-o e agora em Fevereiro fiz a última reconstrução com a prótese definitiva. Em Abril reconstruí o bico da mama que ficou muito bonito e muito perfeito, e agora a mama está praticamente igual, vou só fazer ainda um enchimento ligeiro de lado porque tem uma pequena cova. Acho que vai ser mais um passo em frente que eu vou dar, ou seja, acho que se calhar já vou conseguir ver-me melhor que aquilo que já me vejo. Enquanto houver hipóteses irei sempre lutar até ao fim para conseguir fazer melhor, enquanto se puder fazer melhor eu não vou desistir de fazer. Só que, enquanto isto não aconteceu, foi um processo muito difícil para mim. Eu nunca me iria conseguir ver sem mama e durante o período que andei sem bico da mama foi muito difícil, não me conseguia ver ao espelho, portanto quando estava a tomar banho, via-me sim de cima para baixo porque praticamente o bico da outra mama quase que não se vê quando se está a tomar banho, mas ver de frente para o espelho era muito complicado, foi tudo muito complicado. Entretanto iniciei um relacionamento há pouco tempo, antes desta última operação, e aí as coisas foram diferentes porque até aí eu não me conseguia despir à frente de ninguém e a partir daí consegui. Esta pessoa foi muito importante nesse campo para mim e consegui realmente fazer com que eu aceitasse ver-me nua e ver-me praticamente ao espelho que era uma coisa que eu não conseguia fazer antes, embora continue a ser difícil porque apesar da mama estar muito parecida, e de não se notar muito a diferença, não está igual e nota-se que está um bocadinho mais pequena que a outra. Ficou mais pequena porque infelizmente a pele rompeu e fiquei com menos pele pelo que o expansor teve de ser mais pequeno. Mas felizmente agora não me sinto diminuída nesse campo embora haja sempre

qualquer coisa que fica. Eu continuo a não achar que é tudo normal, há muitas mulheres que dizem que aceitaram tudo muito bem e eu nunca aceitei, não posso dizer que aceitei porque nunca aceitei, é difícil. Agora felizmente sinto-me diferente, trabalho e no meu dia-a-dia não me lembro que tenho aquela doença, que tenho não que tive, e felizmente não foi preciso fazer quimioterapia. Agora aceito-me de uma maneira diferente mas há sempre um “mas” aqui. Sei que há outras mulheres que dizem que aceitaram tudo muito bem e eu, muito sinceramente, acho isso um bocado impossível porque foi muito complicado, foi um desabar de situações, foi pensar que se calhar iria morrer e deixar a minha filha sem pais porque pai dela já morreu ... foi horrível... depois o mau relacionamento que tinha com o meu ex-marido também foi sempre muito difícil de aceitar e eu própria nunca consegui aceitar a 100% ao ponto do meu médico me dizer “Ó Olívia, uma mulher não deixa de ser mais bonita, não deixa... você não deixa de ser a mesma mulher” e eu respondi-lhe que sim, que deixava de ser a mesma mulher se me visse mastectomizada ao espelho. Na parte oncológica fui muito bem seguida e continuo a ser muito bem seguida agora a outra parte é sempre difícil, eu não posso dizer que quando me vejo ao espelho que goste de me ver, não, eu olho para a minha mama, a outra, e digo que queria ter a mama que tinha... no entanto aconselho todas as mulheres a fazerem a reconstrução. Faz-me extremamente impressão como é que há mulheres que são mastectomizadas e não fazem a reconstrução porque eu não conseguiria viver assim. Eu acho que nunca mais me conseguiria ver ao espelho, que nunca mais conseguiria iniciar um relacionamento com ninguém, portanto faz-me confusão como é que há mulheres que me dizem que não fazem a reconstrução. Eu a todas elas digo para fazerem porque eu acho muito complicado e as pessoas verem-se ao espelho assim, acho horrível. Nunca me deparei na totalidade com a mastectomia porque quando fui operada pus logo o expansor, fiquei logo com volume, e mesmo assim não me conseguia ver ao espelho porque não tinha o bico da mama ... não conseguia, não consegui, nunca consegui olhar-me como deve ser ao espelho. Agora já com a reconstrução toda feita já não se nota praticamente a diferença mas não é a minha mama, embora eu tenha sensibilidade no bico da mama também, mas não é aquilo que eu queria. É assim, posso dar graças a Deus porque foi tudo muito apanhado no princípio, não tive que fazer a quimioterapia e dou-me muito feliz por isso, mas que a gente diga que se consegue ver bem ao espelho também não se consegue. É assim, se calhar aquela mulher em que a mama fica perfeitamente igual, que não se nota diferença nenhuma, que eu tenho uma amiga que realmente não se vê diferença nenhuma, talvez seja mais fácil mas há sempre lá um “mas”. A gente tem sempre um “mas”, ansiedade... os medos quando vamos fazer novamente uma mamografia, quando fazemos as análises... há sempre dentro de nós os medos. Mas sem dúvida nenhuma que agora com a reconstrução final me sinto completamente diferente, luto já de uma maneira diferente, já é uma luta para ficar melhor, já esqueci praticamente a doença. Eu praticamente já não me lembro de que fui doente, faço a minha vida toda normal e no meu dia-a-dia quase que não me lembro, portanto, sou capaz de me lembrar quando olho de frente para o espelho e estou nua porque vejo aquela diferença mas depois dou graças a Deus por ter ficado como fiquei porque poderia ter sido muito pior, não é? Portanto, felizmente faço a minha vida toda normal, praticamente já não me lembro do que se passou e ao nível da sexualidade não me sinto diminuída porque a pessoa que agora está ao meu lado, pelo contrário, foi uma pessoa que me ajudou muito nesse sentido. Na última operação que fiz ele ajudou-me a mudar os pensos e até diz que esta mama é dele, sempre me deu elogios e tem sido uma pessoa muito importante na minha vida.

*2. Quais são os sentimentos e pensamentos que lhe surgem quando diz que ver-se ao espelho sem mama é muito difícil?*

Se eu não tivesse feito a reconstrução iria me sentir horrível, eu disse que se não me fizessem a reconstrução que me escondia, que nunca mais saía de casa, que nunca mais me queria ver... Não sei se iria fazer isso porque as outras mulheres se calhar também o disseram e voltam a sair para a rua, agora eu podia voltar mas que alguém me visse mais algum dia nua, isso não! Nem eu própria voltaria a olhar-me ao espelho. Se eu não tivesse feito a reconstrução não olhava, isso digo-lhe de certeza absoluta porque eu conheço-me. Talvez tenha a ver com a minha profissão, de eu estar muito ligada à parte estética, ou talvez tenha a ver comigo mesmo porque eu sempre dei valor ao meu corpo. Há pessoas que dizem “Mais vale mais a gente ser mastectomizada e ver-se sem uma mama do que a gente morrer” e concordo, se calhar, não sei, para mim acho que era um bocado a minha morte ali, isto é a minha maneira de ser, não tenho culpa, não consigo mudar isso, e faz-me extremamente confusão como é que há mulheres que dizem que não fazem reconstrução da mama. Não sei, não consigo, não consigo perceber.

### *3. Como entende que os outros a vêem actualmente?*

Olhe é assim, quando fiz a operação fui trabalhar e uma das minhas clientes entrou no salão, olhou muito para mim, e diz-me assim muito depressa “Então? O que é que aconteceu?” eu disse, “Nada, o que é que aconteceu porquê?” porque as pessoas iam à espera que eu tivesse um aspecto degradado mas eu estava com a aparência com que estou hoje, talvez um bocadinho mais debilitada mas muito pouco, ninguém dizia que eu tinha sido operada e ainda hoje ninguém diz. Quando eu digo que tenho a doença, que tive a doença que tive, ninguém acredita e acham até que é mentira porque fiquei sempre com o mesmo aspecto que tenho hoje. A maior parte das pessoas não sabe que sou uma mulher mastectomizada porque eu não contei, porque houve pessoas que, por exemplo, tive uma cliente que me telefonou para o hospital e perguntou “Então? Já tiraste a mama?” e eu perguntei-lhe “Porquê? Quere-a para si?”. A partir daí, a partir do momento em que senti que as pessoas queriam um coitadinha e que queriam ter motivo para falar, sobre o facto de não ter mama, eu decidi não contar. Eu até já disse lá Associação que se, por exemplo, me pedissem uma entrevista para a televisão, ou alguma coisa do género, que eu poderia falar mas que não me iria identificar, não iria dar a cara porque na minha profissão conheço muita gente e as pessoas iriam dizer “mentirosa, disse que não tinha tirado a mama”. Até há mesmo certas pessoas da minha família que não sabem que eu tirei a mama porque achei que me iriam tratar de uma forma diferente, como uma coitadinha porque noto que houve pessoas que começaram a olhar para mim de maneira diferente. Eu no princípio disse que tinha cancro de mama e houve pessoas que olharam para mim de maneira diferente, até me dá a sensação de que elas pensaram que era uma doença contagiosa, que lhes iria pegar. Houve até clientes que se afastaram de mim, porque havia ali qualquer coisa, outras tinham curiosidade em me ver a mama, como é que estava, como é que não estava, se realmente tinha tirado, se realmente não tinha tirado etc. Portanto eu decidi dizer sempre que não tinha tirado a mama, é uma coisa que é só minha e acho que as pessoas que o sabem são as suficientes. Ninguém tem nada que saber, se eu tirei, se não tirei, como é que foi, como é que não foi, nunca disse. O que disse foi que tinha feito uma reconstrução do quadrante da mama porque muitas pessoas quase que me obrigavam a mostrar e como eu fiquei com esta parte aqui assim mais metida para dentro tive q dizer isso. As pessoas tinham curiosidade em querer ver se tinha ou não a mama só que eu consegui enganá-las porque com o expansor ninguém diz que eu não tenho a mama e a única coisa que eu dizia era que tinha de fazer a reconstrução do quadrante porque dava-me a sensação de que se eu tivesse dito que tinha tirado a mama que as pessoas olhavam para mim de uma maneira diferente. É que é assim, se eu não escondi que tinha cancro da mama então também não tinha problemas em dizer que também tinha sido mastectomizada e que ia passar por esta luta toda, não é? Mas eu

achei que havia um bocadinho de maldade nas pessoas e então eu não contei que tinha sido mastectomizada, pronto, e não sou capaz.

**4.** *De tudo o que de menos bom ocorreu durante todo esse processo, gostaria que me menciona qual foi a situação que mais lhe custou.*

Foi o facto de ter tirado a mama... se calhar, se estivesse feito a quimioterapia talvez fosse a quimioterapia mas pronto, no meu caso foi saber que ia tirar a mama e de estar este tempo todo até fazer a reconstrução final, foi horrível.

**5.** *Como se via a si própria, enquanto mulher, antes e após ter feito a cirurgia?*

Antes não tinha problemas nenhuns. Sempre gostei do meu corpo, obviamente que há sempre aquele pormenor que gostava que fosse mais assim ou menos assim mas sempre me aceitei bem. Não tinha complexos nenhuns em relação ao meu corpo. Depois de ter feito a cirurgia começou a ser diferente, comecei a sentir-me mais complexada, eu assim que soube que tinha de fazer a mastectomia comecei logo a sentir-me mal. Digamos que não me sinto propriamente diminuída, mas não me sinto como me sentia antigamente, sinto-me sempre com complexos. Quando estou na praia ou com uma camisola mais decotada, por exemplo, estou sempre a olhar porque acho sempre que se nota alguma coisa... Toda agente me diz que não se nota nada, que ninguém nota nada, mas estou sempre a olhar porque acho que se nota. A forma como eu me sinto agora não é nada igual a forma como eu me sentia antes de ser operada, há sempre um aperto aqui dentro, não consigo. Depois também tenho sempre medo se dou uma pancada na mama, se não dou, e além disso esta mama está sempre mais fria do que a outra, portanto é assim, é diferente.

**6.** *Actualmente identifica-se com o seu corpo?*

Por um lado identifico-me mas por outro é difícil. Por um lado não me identifico porque não é isto que eu queria, não é? Eu queria voltar a ser aquilo que era. Mas por outro lado eu tenho que me aceitar e penso que há mulheres que estão bem piores do que eu, não é? Agora o que é facto é que não consigo dizer que quando me olho ao espelho que me goste muito de me ver, não, não gosto. Eu não consigo aceitar as coisas de ânimo leve, se calhar sou um tanto ou quanto exigente comigo próprio mas sempre o fui e continuo a ser, mas tenho que me aceitar e aceito-me muito melhor agora do que me aceitava antes de fazer a reconstrução toda. Eu antes não ficava nua à frente de ninguém, ninguém me via sem soutien, eu tomava banho e não deixava ninguém entrar na casa de banho enquanto não tivesse o soutien posto. A única pessoa que me via era a minha filha.

**7.** *Acha que a mastectomia pode influenciar o relacionamento conjugal?*

Eu acho que isso depende da pessoa que temos ao lado porque há pessoas que, se calhar, isso não teve influência nenhuma, não é? Depende do homem que nós temos ao nosso lado, depende do amor que eles sintam por nós, sem dúvida nenhuma. Tem que ser uma pessoa que goste muito de nós para aceitar uma situação dessas, para que nos possa dar apoio. Tem que ser uma pessoa com uma capacidade um tanto ou quanto elevada, como eu digo, porque nós ficamos... ficamos mal, nós precisamos de muito apoio nessa altura, precisamos realmente que se cheguem a nós, e que nos dêem algum carinho, algum amor, porque nós ficamos desorientadas e nós precisamos de alguém realmente que nos compreenda nesse campo, não é? Tem que nos compreender muito. Eu, por exemplo, fiquei completamente desorientada e a gente sem querer de vez em quando temos, sei lá, se calhar respondemos um bocado mais

bruscamente às pessoas, não temos tanta paciência. Talvez se eu na altura tivesse o relacionamento que tenho agora se calhar tinha tido um acompanhamento completamente diferente, talvez me tivesse sentido muito melhor, se calhar não tinha passado por tanto como passei porque passei tudo sozinha, não é? E é muito difícil.

**8. *Como perceciona a cirurgia reconstrutiva na vivência do relacionamento conjugal?***

Acho que é, sem dúvida uma mais-valia, sem dúvida nenhuma! Acho que se ficarmos mastectomizadas deixamos de ser um bocadinho aquilo que nós somos e acho que para o homem também é sempre diferente, pode amá-la muito, gostar muito dela, mas acho que olhariam de forma diferente.

**9. *Exponha, da melhor maneira, como tem vivenciado a sua sexualidade antes, e depois, de ter realizado a cirurgia.***

Antes era uma mulher completamente desinibida a nível sexual e agora já não sou tanto. Não me sinto uma mulher diminuída ao nível da sexualidade, não sinto, não tenho preconceitos de nada, até porque o meu actual companheiro ajudou-me muito nesse campo. Já visto as minhas langeries e isso mas, por exemplo, tenho certas langeries que visto e olho para o espelho e sinto-me mal, fico triste porque realmente noto a diferença, porque se fico sem o sutiã nota-se a diferença e faz-me sentir um bocadinho mal. A pessoa que está ao meu lado não me faz sentir mal, pelo contrário, mas eu queria ser como era, ah isso sem dúvida! Ao nível da sexualidade com ele sinto-me bem, não estou inibida de nada mas, por exemplo, eu que dormia sempre sem sutiã agora habituei-me a dormir com soutien. Tenho alturas em que se tiver que ter a relação sexual toda com o sutiã isso não me incomoda e antigamente incomodava. Eu sempre gostei de me despir logo toda e agora, por exemplo, já me retraio mais nesse campo. Para mim foi muito difícil iniciar novamente um relacionamento com pessoa que tenho agora, deixá-lo ver a minha mama... eu não me consigo aceitar na totalidade como era dantes. É assim, já sou muito mais desinibida porque realmente o tenho a ele ao meu lado e ele foi muito compreensivo comigo, mas, por exemplo, se agora iniciasse um novo relacionamento com outro homem eu não iria conseguir despir-me assim à primeira, ia tentar tapar um bocado, e antigamente não era assim. Não há aquele à-vontade que havia antigamente, há aquela ansiedade, aquele querer esconder. Mas pronto, com a reconstrução sinto-me muito melhor do que me sentia, quando me dispo já não sinto a mesma coisa q sentia antes de ter a reconstrução toda, agora que me sinta completamente bem isso não.

**Anexo XIV.** Entrevista de Elisabete.**Entrevista de Elisabete**

54 Anos

11 Anos decorridos desde a cirurgia final

Mastectomia unilateral com reconstrução imediata

*1. Iniciando a nossa abordagem ao primeiro tema, que diz respeito ao cancro da mama e seus consequentes tratamentos, peço-lhe que me descreva o mais completo e claramente possível, a sua experiência, enquanto mulher mastectomizada por cancro da mama, desde o diagnóstico de cancro até a data actual.*

É assim, eu estava deitada na cama com o meu falecido marido e metia a mão ao peito! É! Senti um caroço... quando senti isso apalpei novamente e senti bem um caroço e dei um pulo “Tenho cancro! Tenho cancro!” e o meu marido disse assim “Estás maluca ou quê?” “Tenho cancro!” levantei-me e fui logo marcar uma consulta para a minha médica. Depois de ser consultada a médica mando-me fazer uma mamografia, que até ali nunca tinha feito na minha vida, e pronto disseram-me que tinha cancro. Eu nessa altura disse ao médico “Sr. Doutor, eu não quero o IPO para mim” é uma palavra que a mim me choca muito ... o IPO para mim é uma palavra... que me apoquento muito. Fui sendo vigiada até que houve uma altura em que o médico me disse directamente que tinha que tirar o peito e chorei, ele aturou-me as crises que eu tive quando soube que ia tirar o peito. Depois de ele me ter dito isso, para mim já nada tinha sentido..., nada tinha sentido, o mundo para mim já não existia. Não aceitei os meus sobrinhos... já não aceitava ninguém. Durante essa fase tive uma psicóloga comigo, e as minhas irmãs também me deram muita força... durante o dia, no meu trabalho, eu era uma pessoa normal e à noite é que eu chorava. Entretanto o médico viu que eu tinha esta mal formação na perna, falou com o médico da reconstrução e disse-me que eu ia tirar o peito mas que ao mesmo tempo ia fazer logo a reconstrução “Doutor eu vou realmente pôr a minha mama?” - “Vais Elisabete, tu vais tirar o peito e vai ser logo reconstruído, quando acordardes vais ter logo outra mama” e aí fiquei mais animada! Fiz a reconstrução com gordura do meu próprio corpo portanto tudo o que está aqui é meu. E pronto, já se passaram mais de 10 anos e aqui estou, contente e com saúde.

*2. Gostaria que me relatasse, de forma mais aprofundada, como vivenciou toda essa situação. Quais foram os pensamentos e os sentimentos que teve?*

Quando soube que tinha cancro fiquei desorientada, não aceitava ninguém... porque era uma, porque quando se ouvia falar no cancro, era morte, não é? Portanto o mundo para tinha acabado, já não tinha saúde nem solução, não tinha, não tinha nada. Depois quando soube que ia fazer a reconstrução fiquei mais alegre porque eu acho que é muito, muito, muito, muito mau uma pessoa acordar e não ter o peito, ver-se no espelho e não ter o peito! É uma coisa que nós gostamos, eu gosto imenso do meu corpo! E dos meus peitos! Sejam pequenos ou sejam médios, eu gosto! E já viu qual era a situação de uma pessoa acordar sem peito, é muito frustrante e é... portanto, para mim já nada fazia sentido. Entretanto o meu marido faleceu, antes mesmo de eu ser operada, e tudo bem que já não tinha o meu marido mas eu era pessoa nova, sexualmente activa, e se eu não tivesse o peito irias me sentir frustrada quando arranjassem um novo companheiro porque ou tinha que lhe dizer “Eu não tenho peito” ou então não

arranjava ninguém. E portanto quando o médico me disse “Você tem de tirar o peito! Tem de tirar o peito!” eu pensei logo nisso tudo e senti-me revoltada. Pensei que... Já não vou gostar de mim própria, vou ver-me ao espelho e já não vou gostar de mim própria, vou ser uma pessoa mutilada sem gosto pela vida, já não vou gostar... já não vou aceitar ninguém porque esse alguém que eu espero que me aceite não vai... gostar de mim. Parece que não mas custa imenso. É muito bonito para quem está fora, mas quem está dentro é que sabe! É um problema muito complicado, ainda hoje eu fujo um bocadinho à questão, dou força as pessoas que passam pelo mesmo e tudo isso mas quando estou sozinha fujo um bocadinho à questão porque é uma doença muito dura. Depois quando o médico me disse que ia fazer a reconstrução pensei diferente, estava com a convicção que ia viver, comecei então a pensar de forma positiva, comecei a sentir-me novamente mulher porque na altura que ele me disse que ia... senti-me nada, um zero, ali já não... nada existia à minha volta, nem família, nem amigos nem nada... Os amigos nunca souberam de nada, só souberam uns anos depois porque eu não queria que eles me dissessem assim “Olha coitada, ela é cancerosa, ela tem cancro”, não. Eu durante o dia era outra pessoa, só à noite é que eu chorava.

### *3. Teve que fazer quimioterapia?*

Não, não fiz quimioterapia e graças a Deus que não fiz porque se me caísse o cabelo, e eu que sempre gostei de ter os cabelos compridos, acho que ia ser um trauma.

### *4. O que acha da cirurgia reconstrutiva a nível físico, mental e emocional?*

A mim fez-me um alívio de 100%. Tirou-me 100% da... da minha incapacidade psíquica, que eu estava a ter. Eu desci de 90 para o 0 quando ele me disse que ia tirar o peito e depois quando ele me disse que ia fazer a reconstrução subi novamente, senti-me novamente viva. Fiquei contente porque apagou-me muita... muita... muitos momentos negativos que eu adquirir naqueles minutos em que médico me disse que ia tirar o peito. Portanto a reconstrução é muito bom ao nível físico e psicológico porque nos sentimos bem perante nós próprias, perante um espelho ao vermo-nos o nosso corpo e perante as pessoas amigas e a sociedade em geral porque, com a reconstrução, já não nos sentimos retraídas em despirmo-nos, ou em vestirmos um vestido ou em irmos a praia, por exemplo. A reconstrução é muito importante porque enche um vazio que se iria tornar dentro nós, tapa aquele buraco... é muito importante que, ao acordarmos da cirurgia, nós apalparmos o peito e sentirmos que temos ali alguma coisa. Eu acho que a reconstrução é uma coisa muito positiva e recomendo-a a qualquer mulher seja ela nova ou já mais velha porque é bom para o psicológico. As pessoas dizem que depois usamos uns sutiãs com a forma do peito e tal mas isso não é nada ... para mim, não é nada. Eu faço topless porque gosto de ver a minha pele toda da mesma cor portanto já viu o que é não ter o meu peito? E mesmo, só o facto de se ir a praia e de estar sempre com aquele problema, não! Isso psicologicamente a mim afectava-me, afectava-me a mim e afectava qualquer mulher que goste do seu corpo.

### *5. Relativamente a forma como vivencia o seu corpo gostaria que disse-se como é se via a si própria, enquanto mulher, antes da cirurgia e actualmente?*

A cirurgia alterou um bocado porque alterou a minha maneira de andar devido ao problema que tenho na perna. Pode parecer que não, mas o facto de me terem tirado o peito afectou-me um bocado porque, por exemplo, antigamente ao subir as escadas eu podia segurar-me ao varão com este braço e agora não consigo subir a escadas com este, só com o esquerdo, e isso a mim transtornou-me um pouco e provocou-me algumas diferenças porque eu jogo muito com os braços. Eu jogo muito com os meus braços para tudo, para subir e descer escadas, para

limpar, para trabalhar, para tudo, praticamente todos os meus movimentos vão buscar as forças aos braços para compensar o problema que tenho na perna. E portanto, se já tinha problemas em me movimentar por causa da perna agora com a cirurgia ficou ainda mais difícil porque já não tenho a força que tinha no braço do lado direito.

*6. E relativamente à maneira como se vê enquanto mulher, ou seja, enquanto corpo feminino, em relação à atractividade e aparência física?*

Não, Nesse aspecto as coisas são iguais. A cirurgia não veio alterar nada nesse aspecto. Sinto à mesma bonita tanto a nível interior como a nível exterior. Na sexualidade também ficou tudo igual. Embora o meu marido tivesse falecido, eu entretanto arranjei um novo companheiro e ele aceitou-me bem...até mesmo antes de ter reconstruído o bico da mama, porque a reconstrução do bico foi muito tempo depois da cirurgia, e agora estamos a viver juntos.