

Instituto Superior de Psicologia Aplicada



**IMAGEM CORPORAL E RELACIONAMENTO CONJUGAL EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS COM E SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Patrícia Borges de Souza

8706

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

2008

Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**IMAGEM CORPORAL E RELACIONAMENTO CONJUGAL EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS COM E SEM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA**

Patrícia Borges de Souza

8706

Dissertação orientada por Professor Doutor Rui Aragão

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de

Mestre em Psicologia Aplicada

Especialidade em Clínica

2008

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Rui Aragão, 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 República 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Onde

Onde você vê um obstáculo,
Alguém vê o término da viagem
E o outro vê uma chance de crescer.

Onde você vê um motivo para se irritar,
Alguém vê a tragédia total
E o outro vê uma prova para sua paciência.

Onde você vê a morte,
Alguém vê o fim
E o outro vê o começo de uma nova etapa

Onde você vê a fortuna,
Alguém vê a riqueza material
E o outro pode encontrar por trás de tudo,
A dor e a miséria total.

Onde você vê a teimosia,
Alguém vê a ignorância,
Um outro compreende as
Limitações do companheiro,
Percebendo que cada qual caminha
Em seu próprio passo.

E que é inútil querer apressar o passo do outro,
A não ser que ele deseje isso.
Cada qual vê o que quer,
Pode ou consegue enxergar.

Porque eu sou do tamanho do que vejo.
E não do tamanho da minha altura.

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

Queria deixar expressos, os meus mais sinceros agradecimentos a algumas pessoas, sem as quais seria impossível a realização deste trabalho.

Agradeço a Deus, que esteve comigo em todos os momentos e sem Ele nada seria possível “ A Ele toda honra e toda a gloria”

Ao Prof. Doutor Rui Aragão, pela orientação, confiança e pela liberdade de trabalho que me proporcionou.

Às mulheres que participaram nesta investigação. Obrigada pelas lágrimas e sorrisos, tesouros compartilhados que tornaram mais rica a minha vida.

À associação Agir na pessoa da Dra. Teresa Redol e Isabel Durão.

À Associação Portuguesa de Apoio a Mulheres Mastectomizadas.

Ao Movimento Vencer e viver de Ponte de Sor.

Aos meus pais, Paulo e Bida, por serem o meu referencial, meu porto seguro, por acreditarem em mim e não permitirem que desanimasse frente as dificuldades encontradas.

Ao meu querido esposo, sem dúvida tu fostes a pessoa responsável por eu estar aqui, teu amor e apoio incondicional fizeram-me prosseguir, quando a caminhada estava difícil e o fim parecia tão distante. Amo-te muito.

Aos meus filhos Victor, Mariana e Daniel, vocês são a razão do meu viver e as palavras não conseguiriam expressar o que significam para mim.

Às minhas irmãs Polyana e Paula, que mesmo distantes se fizeram sempre presente.

Ao meu sogro Silvio, minha sogra Nariam, meu cunhado Camilo, por fazerem parte da minha vida.

À minha cunhada Naise, por estar sempre presente.

À Tereza, por ser uma ajuda tão preciosa em todos os momentos.

Às minhas amigas, Elisabete e Sandrina, que gentilmente ajudaram na revisão final do trabalho com importantes sugestões, lembrando-me sempre que estava a escrever uma tese de Mestrado em Portugal, tendo por isso que tentar controlar a linguagem escrita, da minha terra de origem que é o Brasil.

Às pessoas especiais que conheci durante minha trajectória no ISPA, com quem tive muitas trocas e muitos bons momentos, em especial as amigas Andreia e Sara.

A todos os meus amigos que acreditaram na realização deste sonho.

RESUMO

O cancro da mama é a neoplasia maligna responsável pelo maior número de óbitos em mulheres em todo mundo. Segundo Regis & Simões (2005), a mulher com cancro da mama torna-se uma pessoa duramente atingida física, psicológica e socialmente, tanto pela doença como pelos tratamentos.

A presente investigação consiste num estudo transversal, exploratório e descritivo.

Tem como objectivo tentar avaliar e descrever a satisfação da imagem corporal e do relacionamento conjugal num grupo de 27 mulheres mastectomizadas, sendo que 10 dessas mulheres passaram por uma reconstrução mamária. As participantes tinham idades compreendidas entre os 32 e os 66 anos e maioritariamente casadas.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário sócio demográfico, escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”, escala de relacionamento conjugal “ERC”.

Chegou-se a conclusão que apesar de as diferenças não serem significativas, as mulheres que realizaram a mastectomia há mais tempo, têm um melhor relacionamento conjugal assim como uma melhor imagem corporal. As mulheres que fizeram reconstrução mamária, apresentam índices mais elevados na escala de relacionamento conjugal e imagem corporal (corpo pré-morbido). Verificou-se também, que as mulheres que possuem uma melhor imagem corporal, têm melhor relacionamento conjugal.

Palavras-chave: Cancro da mama, Mastectomia, Reconstrução mamária, Imagem corporal e Relacionamento conjugal.

ABSTRACT

Breast cancer is a malignant neoplasm responsible for the largest number of deaths in women worldwide. According Regis & Simões (2005), a woman with breast cancer becomes a person severely hit physically, psychologically and socially, both by the disease as by the treatments.

The present research is a cross-sectional study, exploratory and descriptive.

It has as objective to try assess and to describe the satisfaction of body image and the marital relationship in a group of 27 mastectomized women, where 10 of these women passed through a breast reconstruction. The participants were aged between 32 and 66 years and mostly married.

The instruments used were: Quiz socio demographic, scale of body image "as I deal with my body", scale of marital relationship "ERC".

It turned out that although the differences were not significant, women who underwent a mastectomy longest have a better marital relationship and a better body image. Women who had breast reconstruction, have higher rates on the scale of marital relationships and body image (body pre-morbid). It was also verified, that women that have a better body image, have better marital relationships.

Keywords: breast cancer, mastectomy, breast reconstruction, body image and marital relationships.

Índice

Introdução	1
I – Revisão da Literatura	5
1. Cancro da Mama	5
1.1. O Cancro no Contexto Histórico.....	5
1.2. Biologia do Cancro de Mama.....	6
1.3. Tipos e Estágios de Evolução.....	8
1.4. Tipos de Tratamento.....	11
1.5. Mastectomia.....	13
1.6. Reconstrução Mamária.....	14
2. A Descoberta do Cancro a Vivência da Mastectomia e os Sentimentos que dai Advêm	16
3. Imagem Corporal	22
4. Relacionamento Conjugal	26
II – Método	29
2.1. Formulação do Problema	29
2.2. Delineamento	31
2.3. Definição das Variáveis	32
2.4. Amostra	32
2.5. Instrumentos	34
2.5.1. Questionários Sócio-Demográficos.....	35
2.5.2. Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo”.....	35
2.5.3. Escala de Relacionamento Conjugal (ERC).....	36
2.6. Procedimento	36
III – Resultados	39
3.1. Análise Psicométrica dos Instrumentos	39
3.2. Análise da Estatística	40
IV – Discussão dos Resultados	45
V – Conclusão	51
VI – Referências Bibliográficas	54

ANEXOS

Anexo A – Termo de Consentimento Informado.....	60
Anexo B – Questionário Sócio-Demográfico.....	62
Anexo C - Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo.....	64
Anexo D – Escala de Relacionamento Conjugal “ERC”.....	66
Anexo E – Autorização Dra. Bárbara Conde.....	69
Anexo F – Autorização Prof. Dr. Jorge Pimenta.....	71
Anexo G – Autorização Dra. Ana Rosa Tapadinhas.....	73
Anexo H – Pedido de Autorização para Recolha da Amostra.....	76
Anexo I – Poema.....	78
Anexo J – Output.....	80

TABELAS

Tabela 1 – Classificação do Cancro da Mama pelo Sistema TNM.....	9
Tabela 2 – Combinações Possíveis do Sistema TNM.....	10
Tabela 3 – Distribuição da Amostra por Idades.....	33
Tabela 4 – Distribuição da Amostra de Acordo com a Situação Profissional..	34
Tabela 5 – Consistência Interna da Imagem Corporal.....	39
Tabela 6 – Consistência Interna do Relacionamento Conjugal.....	40

GRÁFICOS

Gráfico 1 – Habilitações Literárias.....	33
---	-----------

IMAGENS

Imagem 1 – Estrutura da Mama.....	7
Imagem 2 – Após Mastectomia do Lado Direito.....	15
Imagem 3 – Reconstrução com Músculo, Gordura e Pele do Abdómen.....	15
Imagem 4 – Depois da Cirurgia que Refez o Mamilo e a Aréola com tatuagem.....	15

Introdução

O cancro da mama é a neoplasia feminina mais comum, apresentando-se em grande escala nos países desenvolvidos. A sua frequência varia de lugar para lugar, sendo que as populações que apresentam maior risco de incidência encontram-se no ocidente da Europa e na América do Norte, e aquelas com menor risco situam-se na Ásia (Braz, 2001).

O cancro da mama é um dos vários tipos de cancro e o responsável por uma grande percentagem de mortes de mulheres em Portugal. As estimativas da *International Agency for Research on Cancer* para o nosso país no ano de 2000 apontavam para uma incidência de 4324 casos de cancro de mama e 1596 casos de morte (IARC, 2003 cit. por Melo, Leal & Maroco, 2006).

Embora Tenha havido uma grande evolução a nível científico e tecnológico, assim como dos meios de diagnóstico e terapêutico, o cancro continua a ser uma ameaça à vida.

Quando pensamos na palavra cancro, uma série de sentimentos são manifestos, nomeadamente o medo que invade a pessoa que possa estar doente; o mesmo acontece à família e a todos que estão à sua volta. Além do medo, outros sentimentos são activados, como a insegurança, a raiva e o inconformismo.

Se o diagnóstico confirma a existência de cancro, passa a haver um aumento drástico de todos os sentimentos já referidos, que são sentidos de forma intensa, podendo culminar em uma falta de esperança.

Quando falamos em cancro da mama, os sentimentos e o sofrimento tendem a ser os mesmos, porém a maneira como ele afecta a identidade e a sexualidade da paciente, torna-se uma realidade mais dura e sofrida. Podemos constatar tal facto, com o relato de uma das mulheres que participaram nesta investigação: “ *Quando se tem um cancro em um órgão interno, na cabeça ou coisa assim, é mais fácil, tira-se o tumor e ninguém vê, mas com a mama não é assim, tira uma parte de nós que está por fora, que vemos a todo momento.*”

Desse modo, o cancro da mama é uma doença que provoca uma imagem mental associada à mutilação, dor, perda do desejo sexual, impotência e rejeição. Estas imagens levam mulheres a um desajuste psicológico, manifestado por sentimentos provocados pela mutilação do corpo originando mudanças na vida sexual e contribuindo para dificuldades nas relações interpessoais.

A mulher com cancro da mama além de ser confrontada com todos os problemas inerentes à doença oncológica é também confrontada com o facto de ser mulher, uma vez que tem de aprender a lidar com a transformação da sua imagem corporal, visto ser a mama o símbolo de feminilidade e da maternidade.

O impacto emocional do diagnóstico do cancro da mama na vida da mulher é traumático e pode ser entendido como uma crise.

Segundo Conte (2003), trata-se de um acontecimento que invade o psiquismo do individuo e que funciona como um “arrombamento” na vida, tornando-se gerador de caos e desordem. Dada a desorganização, o sujeito necessita de um tempo para se reorganizar.

O sofrimento psíquico não é nada mais do que os sentimentos de raiva, angústia, depressão que o individuo sente frente a situações difíceis ou a impotência face a algo que tem que ser cumprido. De acordo com Conte (2003), toda dor psíquica necessita de um caminho a ser percorrido no psiquismo da pessoa. A dor decorrente do diagnóstico do cancro da mama tem que ter um caminho decorrido de conhecimento que amenize o impacto emocional e possibilite a reorganização.

Sabemos que tem aumentado o número de investigações na área da oncologia, todavia a prioridade tem sido dada a estudos genéticos e biológicos sobre o aparecimento, controlo e tratamento da doença. Contudo, o orgânico não se deve separar do psíquico. A par do sofrimento físico surge o sofrimento psicológico.

Assim surge esta investigação, com a necessidade que sinto, como psicóloga, de tentar compreender mais especificamente as repercussões emocionais individuais como a modificação da imagem corporal, assim como as mudanças que a doença provoca no relacionamento conjugal; desta forma surge o tema Imagem Corporal e Relacionamento Conjugal em Mulheres Mastectomizadas com e sem Reconstrução Mamária. Para uma melhor compreensão do tema, será abordada a literatura sobre: o cancro no contexto histórico; a biologia do cancro da mama; tipos e estádios de evolução; tipos de tratamentos; mastectomia; reconstrução mamária; a descoberta do cancro, a vivência da mastectomia e os sentimentos que daí advém; imagem corporal e relacionamento conjugal. Em seguida, no capítulo do método, serão apresentados todos os passos percorridos para a elaboração e realização desta investigação assim como tratamento estatístico utilizado. Em tom de conclusão apresentar-se-ão algumas limitações inerentes a investigação assim como algumas direcções que se pensam ser importantes seguir para o avanço do conhecimento nesta área.

O tratamento físico é fundamental, porém o psíquico igualmente o é. A saúde é uma relação de equilíbrio entre o corpo e a mente, com um certo nível de comunicação e conhecimento entre o externo e o interno. Saber o que se passa com o físico e com os motivos psíquicos relacionados a esse físico doente e a forma de conduzirmos a cura (Conte, 2003).

I – REVISÃO DA LITERATURA

1. Cancro da Mama

1.1. *O cancro no contexto histórico*

O cancro da mama é com certeza uma das doenças mais temidas pelas mulheres, pelo facto da sua alta frequência e pelo drástico efeito psicológico que causa na mulher que o vivência. Envolve negativamente a percepção da sexualidade e da auto-imagem mais do que qualquer outro tipo de neoplasia que atinge a mulher. Trata-se do tipo de cancro que mais mata mulheres em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que, por ano, em todo o mundo são diagnosticados 1.050.000 novos casos da doença, ocorrendo mais de metade deles, em países desenvolvidos. Em Portugal, todos os anos, morrem 1800 mulheres e são detectados cerca de cinco mil novos casos. (Jornal de Notícias – 10-11-2008).

Como descreve Zecchin(2004), esta não é uma doença recente, pois na alta Antiguidade já tinham sido encontrados casos em múmias egípcias e pré-colombianas. Também existem relatos de descrição do cancro datados de 3500 a.C., em escritos babilónicos, indianos e papiros egípcios. No século V a.C., Hipócrates, pai da medicina, já fazia referência a vários tipos de cancro, usando pela primeira vez o termo “*Karcinos*”, que significa caranguejo. Duas explicações surgiram na tentativa de explicar o nome: o facto das dores causada pela doença serem semelhantes às ferroadas do animal; e pelo facto da dilatação dos vasos sanguíneos, que alimenta o tumor, fazer um desenho parecido ao das patas do caranguejo.

Continuando a visão da mesma autora, e avançando um pouco no tempo, deparamos com a ideia presente na altura, trazida pela escola de Hipócrates, que atribuía a saúde aos fluidos orgânicos ou quatro humores: o sangue, associado à vida; a fleuma e a bile amarela, presente em alguns estados mórbidos, e a bile negra ou melancolia, presente nos vómitos e excreções. Acreditava-se que o cancro era o resultado de um desequilíbrio humoral, excesso de bile negra ou melancólica. Essa ideia, persistiu por cerca de vinte séculos, altura em que se começou a descrever o sistema linfático no início do século XVII e nessa altura o cancro ficou associado aos diversos distúrbios da linfa. Passou-se a desconfiar que o mal fosse contagioso, o que levou os doentes a serem excluídos, discriminados e recusados em vários hospitais.

Com o aparecimento da microbiologia e o esclarecimento do mecanismo das infecções, ficou atribuído ao cancro o lugar do mal absoluto, da deterioração e da condenação a uma morte em sofrimento. No que diz respeito às relações sociais, transformou-se numa doença a ser escondida, provocando sentimentos de vergonha e medo.

“ O imaginário popular associa o cancro aos inibidos, aos sexualmente reprimidos, incapazes de expressar as emoções. É a doença dos que renunciaram à esperança e aos prazeres; é a doença dos perdedores e dos que merecem punição.

Há pouco tempo atrás, ter cancro ainda era uma sentença de morte que levava o médico a ocultar o diagnóstico dos seus pacientes e, por vezes, da família. Era temível por se iniciar em silêncio, consumir lenta e secretamente e acenar com fim doloroso.” (Zecchin, 2004)

1.2. Biologia do Cancro da Mama

Mas o que é o cancro e como é que ele se inicia? O cancro da mama ou carcinoma mamário, é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afectar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de cancro pode manifestar-se de diversas formas: micro-calcificações, nódulos, entre outras. Por vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres mediante a realização do auto-exame da mama, (Gomes, 1987)

Os avanços da biologia molecular possibilitaram entender o cancro a partir das modificações no material genético das suas células. Mutações em determinados genes mudam os comandos de divisão, possibilitando a sua multiplicação desgovernada. Desta forma, a célula adquire plena autonomia, podendo crescer e multiplicar-se independentemente das necessidades do organismo. Depois de várias divisões, a célula, agora chamada de maligna, forma um grupo de células praticamente iguais que recebem o nome de tumor. Face à perda do controlo sobre a multiplicação celular, só resta ao organismo identificar e destruir estas células através do sistema imunológico. Se este mecanismo se apresentar ineficaz, a doença passará a ter condições de se desenvolver. Não há, entretanto, possibilidade de transmissão

entre pessoas, mesmo em contactos mais íntimos. Qualquer célula maligna que penetre noutro corpo, será rapidamente destruída pelo sistema imunológico deste organismo.

O cancro da mama é um tumor do epitélio da glândula mamária e que ocorre maioritariamente em mulheres. A maior parte das mamas são constituídas por gordura, nervos, veias, artérias e tecido conjuntivo. Possuem lóbulos (onde se produz o leite) e ductos (tubos finos que conduzem o leite dos lóbulos até a abertura do mamilo durante a amamentação), assim como tecido fibroso (Ogden, 2004).

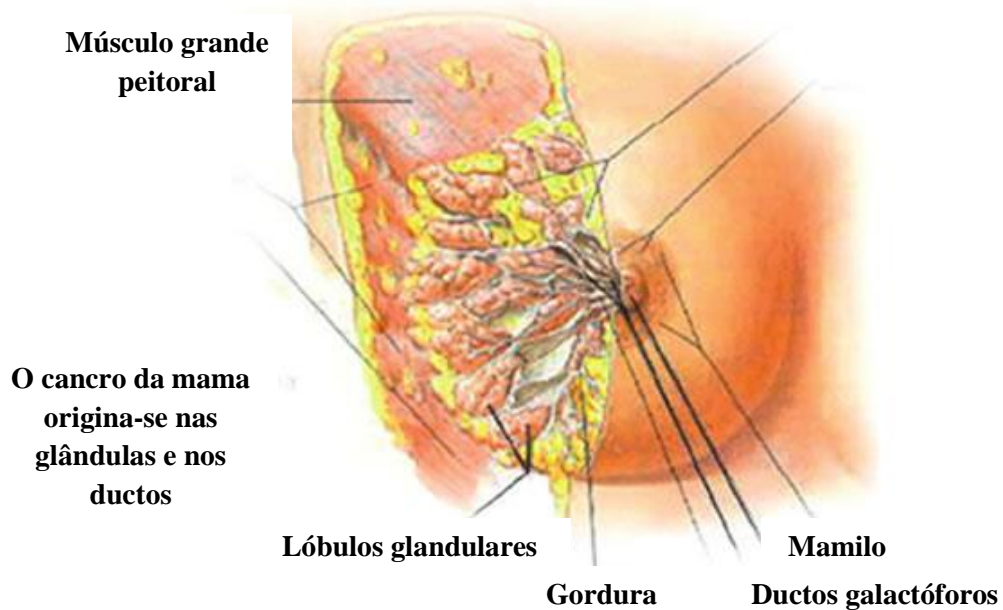


Imagem 1 – Estrutura da mama

Apesar das causas exactas desta doença ainda serem desconhecidas, o cancro da mama tem sido relacionado com factores endócrinos, agentes ambientais, anomalias genéticas, entre outros. Estas neoplasias são complexas e revelam uma grande heterogeneidade quanto à composição celular, dependência hormonal, cariótipo, genótipo, potencial metastático e prognóstico (Brooks & Pauley, 1991 cit. in. Silva, 2007).

Segundo Tessaro (1999), o cancro de mama tem os mais variados factores de risco, estando eles ligados ao estilo de vida, à gestação tardia do primeiro filho e ao factor familiar ou genético, visto que mulheres com história de cancro na família têm aproximadamente duas vezes mais risco de ter cancro no futuro. A menarca precoce, a menopausa tardia, a obesidade, o tabagismo e os hábitos alcoólicos, também são considerados factores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama.

A formação de um cancro da mama depende de um processo de três etapas:

- A iniciação é de origem genética ou seja: depende de uma alteração no ADN cromossómico, que leva à perda da regulação do ritmo de multiplicação celular.
- Na maioria dos casos, a lesão no ADN, é esporádica, não hereditária e acontece durante a vida do indivíduo. Entre 5 e 10% dos casos, dependem de uma alteração genética familiar, já herdada ao nascimento, que faz com que a mulher seja mais propensa ao cancro da mama.
- Por fim, na fase de propensão, as células tumorais tendem a invadir uma camada que dá sustentação ao tecido dos ductos mamários chamada membrana basal. Se não houver infiltração da membrana basal o tumor é considerado não invasor; se, por outro lado, houver infiltração, é invasor. Só neste caso, passa a existir possibilidade de atingir pequenos vasos sanguíneos e capilares linfáticos, que podem transportar as células alteradas até outros órgãos, como ossos, pulmões e fígado.

1.3. Tipos e estádios de evolução

Há diferentes tipos de cancro da mama, sendo que a classificação de cada um muda de acordo com o local onde surge o carcinoma, o aspecto da célula e se é invasivo ou não.

Segundo Pereira & Mestre (1997), o carcinoma intraductal pode ser “in situ” (quando não há extensão) ou invasivo (quando se estende ao tecido mamário circundante). Existem ainda os carcinomas lobulares, menos frequentes, que podem ser também “in situ” ou invasivos.

Actualmente é utilizado o critério “TNM” para a classificação dos tumores da mama, que já em 1958, começou por ser desenvolvida pela International Union Against Cancer. A classificação TNM ajuda a definir as características, sendo que **T** determina o tamanho do tumor, **N** compreende as características dos gânglios axilares e da cadeia mamária interna e **M** se há metástases ou disseminação da doença à distância, o que permite definir a estratégia terapêutica (Pereira & Mestre, 1997).

Tabela 1 – Classificação clínica do cancro da mama pelo sistema TNM

T – Tumor primário	N – Gânglios Linfáticos	M – Metástases
TX – Tumor primário não acessível	NX – Gânglios linfáticos não acessíveis	MX – Presença de metástases à distância não pode ser avaliada
T0 – Sem evidência de tumor primário	N0 – Ausência de metástases nos gânglios linfáticos	M0 – Ausência de metástases à distância
Tis – Carcinoma in situ		
T1 – Tumor ≤ 2 cm	N1 – Metástases em 1 a 3 gânglios linfáticos	M1 – Presença de metástases à distância
T1a – Tumor $\leq 0,5$ cm		
T1b – Tumor 0,5 a 1 cm		
T1c – Tumor 1 a 2 cm		
T2 – Tumor 2 a 5 cm	N2 – Metástases nos gânglios linfáticos axilares fixos	
T3 – Tumor > 5 cm	N3 – Metástases nos gânglios linfáticos da cadeia mamária	
T4 – Extensão para a parede torácica / pele		
T4a – Extensão para a parede torácica		
T4b – Edema da pele / ulceração ou nódulos satélites na pele		
T4c – T4a + T4b		
T4d – Carcinoma inflamatório		

Tabela 2 – Combinações possíveis do sistema TNM

Estádio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
II A	T0	N1	MO
	T1	N1	MO
	T2	N0	MO
II B	T2	N1	MO
	T3	N0	MO
III A	T0	N2	MO
	T1	N2	MO
	T2	N2	MO
	T3	N2N1,N2	MO

De acordo com a evolução da doença podem considerar-se quatro estádios:

Estádio I – É diagnosticado quando ainda não existe extensão para além da mama e quando o tamanho do tumor não é superior a 2 cm.

Estádio II – O tamanho do tumor situa-se entre os 2 e os 5 cm e existe metástase nos gânglios linfáticos ipsilaterais móveis.

Estádio III – O tumor possui mais do que 5 cm e verifica-se metástases nos gânglios linfáticos aderentes entre si.

Estádio IV – Tumor de qualquer tamanho com extensão directa à parede torácica ou à pele. Existem metástases noutras partes do corpo (pulmões, fígado, ossos, cérebro ou medula óssea).

Os estádios **I** e **II**, anteriormente descritos, correspondem a situações operáveis, enquanto os estádios **III** e **IV** correspondem a casos inoperáveis.

Desta forma, o prognóstico piora à medida que o estadio aumenta. O prognóstico de sobrevivência aos cinco anos do estadio I é de 86%, 58% no estadio II, 46% no estadio III e 12% no estadio IV (Pereira & Mestre, 1997).

1.4. Tipos de tratamento

O prognóstico e a selecção do tratamento dependem da idade da paciente, do seu estado geral, do estadio da doença, das características do tumor, dos níveis hormonais, entre muitos outros factores.

No início do século passado, quase todos os casos eram tratados apenas com cirurgia, que se manifestava como único meio de tratamento: a retirada total da mama. Com o início deste século, surgiram outras opções de tratamento, que visam minimizar o flagelo gerado nas pacientes, com inúmeras possibilidades destacando-se entre elas, a da preservação da mama.

Ainda hoje se questiona a exclusividade de determinados tratamentos para um tipo de cancro específico. A eficácia vai depender da localização do tumor, do tamanho, da análise da mamografia, do tamanho da mama, da idade da paciente e da questão psicológica que a perda da mama irá ocasionar à paciente. Estes tratamentos podem ser locais (tratar só a mama) ou sistémicos (em que se trata todo o corpo).

Segundo Jacobsen, Roth e Holland (1998 cit. in. Fernandes, 2000), a cirurgia é a mais antiga forma de tratamento do cancro. Há dois tipos de cirurgia local da mama: a cirurgia radical e a cirurgia conservadora, que iremos discutir no capítulo seguinte.

Como parte do tratamento do cancro da mama, ainda podem ser realizados outras modalidades, tanto como tratamentos exclusivos ou como adjuvante, ou seja, complementares umas das outras nos diversos tipos de cancro da mama.

A **radioterapia** é um tratamento local com uso de radiação nas suas mais variadas formas de aplicação. Utiliza ondas electromagnéticas de alta energia para destruir as células neoplásicas. Os feixes de raios actuam em determinados pontos da mama, axila e área circundante. Esta é uma técnica que pode ser usada antes da cirurgia, com o intuito de reduzir o tamanho do tumor de forma a permitir uma cirurgia menos radical ou após a cirurgia para diminuir a recorrência da doença no local da cirurgia (movimento vencer e viver, 1998).

A **quimioterapia** baseia-se no uso de medicamentos para destruir ou controlar o desenvolvimento das células cancerosas. Pode ser administrada por via oral ou por injeção intramuscular e endovenosa (Movimento Vencer e Viver, 1998).

A **hormonoterapia** recorre ao uso de medicamentos (o *Tamoxifen* é talvez o mais conhecido) que se destinam a impedir os efeitos dos estrogénios no crescimento do tumor (Pereira & Mestre, 1997). Pode ser usado antes ou depois da cirurgia, mas na maior parte das vezes, é utilizado após a remoção do tumor com o intuito de destruir as células remanescentes, de forma a prevenir o reaparecimento do cancro (Ogden, 2004).

A **braquiterapia**, que é um dos mais recentes tratamentos para o cancro da mama, é utilizado para tratar tumores muito grandes ou muito invasivos e que a radiação externa não consegue alcançar. Trata-se de fontes de radiação que são implantadas directamente no local onde o tumor se desenvolve. Este tratamento permite um menor dano dos tecidos e órgãos envolventes. Os implantes temporários são o método mais comum desta radioterapia interna. A braquiterapia pode ser usada após a cirurgia conservadora ou em substituição à mastectomia radical quando há recidiva do tumor (White & Wilson, 1997 cit. Por Costa, 2006). Normalmente é administrada com a radioterapia externa, pelo facto de haver risco dos materiais radioactivos não serem implantados com a precisão necessária e, assim, escaparem algumas células neoplásicas (Ogden, 2004).

A **imunoterapia**, também conhecida como terapia biológica, usa o sistema imunitário do doente, directa ou indirectamente, para fazer face ao cancro e, assim, minimizar os efeitos secundários dos tratamentos do cancro (Ogden, 2004).

Independentemente do tratamento utilizado na luta contra o cancro da mama, este será sempre agressivo e doloroso, fazendo com que a paciente que a ele se submete, passe por grandes cargas de stress e angústia (enfrenta a iminente sensação de morte). Além disso, o desconforto constante frente a dor física e pela dor psicológica causada pela desfiguração do corpo pela queda do cabelo e a alteração da imagem corporal conduz a marcada diminuição da auto-estima e relevantes mudanças no seu quotidiano.

Quando se enfrenta uma luta contra o cancro da mama, a incerteza está sempre presente. Só se pode contar com o dia de hoje. O futuro passa a não existir ou pelo menos a não ser planeado. Nessa luta, podem ocorrer varias situações: a cura do cancro (porém frequentemente vivida com incerteza face à possível recorrência); o tratamento apenas paliativo, com o intuito de travar a progressão da doença (fazendo com que a paciente

concentre esforços apenas na melhoria da qualidade de vida); a morte (sempre iminente e a mais temida).

1.5. Mastectomia

A literatura mostra que o cancro sempre foi compreendido como algo vergonhoso, sujo, contagioso e sem cura, sendo tradicionalmente rejeitado pela sociedade. Nos nossos dias, a visão que temos da doença mudou em alguns aspectos mas, ainda continua a estar associada à dor, sofrimento e morte (Venâncio, 2004).

Em 1882, William Halsted, nos Estados Unidos, introduziu uma técnica cirúrgica que viria a reduzir a alta mortalidade pelo cancro da mama. Foi então executada pela primeira vez a mastectomia radical propriamente dita (Reis, Medina, Welter, Deboni, Amaral & Edelweiss, 2002). Segundo os mesmos autores, esta consistia na retirada total da glândula mamária e a amputação dos músculos grande e pequeno peitorais. Em seguida, realizava-se o esvaziamento do conteúdo axilar, onde se excisavam os gânglios linfáticos, invadidos ou não. Ambas as operações eram feitas num só tempo. Graças à introdução desta nova técnica cirúrgica, tornaram-se raras as recidivas locais na região mamária e, cada vez menor, o comprometimento axilar. Durante aproximadamente 50 anos, a mastectomia radical, como descrita por Halsted, em 1892, foi a cirurgia universalmente aceite pelos cirurgiões para o tratamento do cancro da mama, independentemente do seu estágio clínico. Após a morte de Halsted, em 1922, Sampson Handley reforçou a atenção nos gânglios da mamária interna, com biópsia rotineira durante a mastectomia radical, sendo este trabalho seguido pelo seu filho Richard Handley, que encontrou, numa série de 50 mulheres, 38% de metástases. Conseguiu com esse estudo, deixar claro que o tumor era disseminado em um terço de todas as mastectomias radicais. Estas informações foram difundidas rapidamente e, em respostas a elas, muitos cirurgiões como Urbam, Sugarbaker e outros nos Estados Unidos incluíram a dissecação nas suas cirurgias, o que deu origem às mastectomias radicais ampliadas. Nos nossos dias, a indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estágio clínico e do tipo histológico.

Iremos citar quatro propostas básicas de cirurgia utilizada actualmente:

Tumorectomia/ Segmentectomia/ Quadrantectomia: a primeira consiste na remoção do nódulo (tumor) e do tecido mamário circundante ao tumor; o segundo consiste na retirada de um segmento da mama onde se encontra o tumor e o terceiro é a retirada de um quadrante da mama. A escolha delas vai depender do tamanho do tumor e correspondem a cerca de 25 a 35% das mastectomias.

Mastectomia Simples: É a remoção de toda a mama. Não se retiram os músculos nem os glânglios linfáticos, deixando intacta a parede torácica. Corresponde a cerca de 25% das mastectomias realizadas.

Mastectomia Radical Modificada: É a remoção cirúrgica de toda a mama, assim como dos glânglios linfáticos axilares. Cerca de 57% de todas as mastectomias são desse tipo.

Mastectomia Radical: É a remoção da mama, glânglios linfáticos da região axilar e de ambos os músculos peitorais (grande e pequeno). Esta cirurgia é raramente realizada nos dias de hoje (Gimenes 2000).

Actualmente, e cada vez mais, novas drogas e técnicas cirúrgicas, bem como radioterápicas, são descobertas e utilizadas, mas sabe-se que a melhor arma para o combate do cancro da mama ainda é o diagnóstico precoce da doença.

1.6. *Reconstrução mamária*

Mesmo realizando a exérese da mama, há actualmente a possibilidade de reconstrução da mesma com utilização de silicone ou a partir da utilização de enxerto de tecido do abdómen.

Segundo Oiz (2005), a reconstrução mamária após a mastectomia é uma opção decisiva que contribui para diminuir, e até mesmo evitar, possíveis transtornos emocionais devido a agressão e a sensação de mutilação provocada pelo cancro. Esta alternativa é considerada pelo autor como crucial para todo o desenrolar do processo de reabilitação, visto permitir a possibilidade de recuperar uma imagem adequada, evitando a perda de auto-estima,

e impedir que as emoções negativas tomem conta do estado emocional da paciente e consequentemente interferir de forma negativa no restabelecimento da saúde.

A reconstrução mamária poderá ser feita, consoante cada caso, na mesma altura da mastectomia. Inicia-se com a reconstrução da mama e da parede torácica e numa segunda fase, dá-se a reconstrução do complexo areolo-mamilar. Os métodos utilizados na reconstrução mamária são:

Reconstrução mamária com introdução de implante: Trata-se de uma técnica mais simples, que constitui a introdução de um implante. Esta técnica apresenta poucas complicações, sendo que, os problemas que surgem prendem-se com limitações das suas indicações.

Reconstrução mamária com expansão e introdução de implante mamário: Esta técnica consiste na utilização de um expansor tecidual, trata-se de um dispositivo formado por um reservatório que está ligado a uma válvula por onde se introduz, semanalmente, soro fisiológico com o objectivo de aumentar o volume do reservatório e assim distender os tecidos moles suprajacentes (Pereira & Mestre, 1997). Esta técnica implica duas intervenções cirúrgicas: na primeira introduz-se o expansor e na segunda, passado alguns meses, o expansor é retirado e introduzido o implante.

Reconstrução com retalhos musculo - cutâneos: Esta técnica serve para dar tecidos adicionais à reconstrução mamária sempre que exista escassez dos mesmos. Há dois tipos de retalhos: O *latissimus dorsi*, onde se utiliza a pele e o músculo da face posterior do tórax e o recto *abdominis*, onde se utiliza a pele, tecidos celular subcutâneo e adiposo da parte inferior do abdómen.

Reconstrução do complexo areolo-mamilar: Constitui-se na segunda etapa do processo de reconstrução mamária. Trata-se da reconstrução da região aréolo-mamilar semelhante ao lado oposto, tanto em simetria como em cor e textura.



Imagem 2 – Após mastectomia do lado direito.



Imagem 3 – Reconstrução com músculo, gordura e pele do abdómen.



Imagem 4 – Depois da cirurgia que refez o mamilo e a aréola com tatuagem.

Oiz (2005), considera que a variável satisfação estética, contribui de forma positiva, não só nos resultados objectivos da cirurgia, como também para um bom estado mental da paciente.

O especialista em cirurgia plástica, deverá aconselhar a paciente sobre qual será a técnica de reconstrução mais eficaz no seu caso específico, com o objectivo da sua escolha estar apoiada em critérios médicos concretos, visto alguns tratamentos utilizados na luta contra o cancro não serem compatíveis com certos tipos de reconstrução.

2. A descoberta do cancro, a vivência da mastectomia e os sentimentos que daí advêm

Registou-se nas últimas décadas um aumento do número de novos casos, contudo, os avanços da medicina permitem verificar uma diminuição do número de óbitos por cancro da mama. Por isso, pode dizer-se que existem cada vez mais mulheres a adquirir um estatuto de sobreviventes (Solana, 2005). Este facto, faz-nos pensar sobre a importância de se proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas sobreviventes, não só a nível físico, como também a nível psicológico.

Quando se pensa em doença, independentemente do órgão em questão e dos efeitos causados no organismo pela mesma, há um conjunto de sentimentos directamente associados. O facto do próprio indivíduo ser responsável pelo desenvolvimento do cancro é algo directamente associado às suas vivências e à qualidade das experiências de vida que estabelece (Vieira; Lopes & Shimo, 2007). Segundo os mesmos autores, há uma grande mudança de sentimentos durante o percurso em que decorre a doença. A associação do cancro com sentimentos negativos como depressão, raiva, tristeza, dor, desespero é comum e a sensação de que a sociedade não entende as reacções dos pacientes aumentam a vivência de solidão.

Segundo Silva (2000), pacientes que possuem uma doença crónica, como o cancro, quando tomam consciência do seu estado de saúde, passam na maioria das vezes por cinco fases que descrevem a sua condição emocional:

A negação: fase que ocorre logo após o diagnóstico da doença. Corresponde, no entanto, a uma fase de defesa temporária, sendo logo substituída pela aceitação parcial.

A raiva: nesta fase a paciente já admite que está com a doença, mas questiona-se: Porque eu? Nestes casos tem a tendência a voltar-se contra o médico, a medicina, os familiares, a sociedade e até contra Deus. Tenta encontrar um responsável pela sua doença e revolta-se contra o facto de ser ela e não outra pessoa a estar doente. Trata-se de uma fase difícil, não só para a doente mas para todos que estão a sua volta.

A negociação: É a fase da barganha, tentativa de prolongar o seu bem-estar e tempo de vida, negociando com Deus e com os que a rodeiam, como a equipa médica.

A interiorização: durante este período torna-se visível a deterioração da paciente. Começa a tomar consciência da doença, porém não se encontra preparada para aceitar a morte. Nessa fase, busca resolver todos os problemas, negócios inacabados, dissolver mágoas e fazer as pazes. É comum durante esse período o choro e a verbalização de sua angústia “sim, sou eu!”, “não há nada a fazer contra a doença.”

A aceitação: a mulher aceita a doença e decide lutar contra ela utilizando todos os recursos disponíveis “ sim, estou doente, mas vou tratar-me”.

É de extrema importância podermos identificar e posteriormente intervir nos sentimentos/comportamentos e expectativas da mulher frente ao cancro da mama, devido ao facto de que, quando a mulher descobre ser portadora de uma neoplasia maligna, esta passa por situações de conflito sendo fundamental, neste período, se sentir compreendida e saber que não está só.

Viver com uma doença estigmatizante, conviver com sentimentos negativos e enfrentar os tratamentos e suas consequências, significa para essas mulheres, estar constantemente inseguras e com incertezas frente ao futuro.

Ter uma mama doente e/ou operada, impossibilita, se não totalmente pelo menos parcialmente, de exercer sua profissão e seu papel dentro da família, relativamente as obrigações até então desempenhada por ela, e que antes da doença a sua habilidade para tais obrigações, nunca seria questionada. É o momento da inactividade, de certo confronto consigo própria e com o mundo que a rodeia. Essas mulheres perdem o controlo sobre as suas próprias vidas. Actividades corriqueiras tais como varrer a casa ou carregar os sacos das compras, ficam condicionadas a não poder desempenha-las, por um período de tempo que poderá ser curto ou não. Num primeiro momento, logo após a cirurgia, serão impossibilitadas de realizar actividades tão banais como lavar-se, vestir-se, deslocar-se. A sua auto-estima e seu *status* de

mulher contemporânea, enraizada em suas novas funções de mãe, esposa e profissional liberal ficam ameaçados.

Segundo Morais (2004), a mulher é levada a fazer uma reorganização interna, num curto período de tempo, tendo que se preparar para uma nova adaptação de vida, bem como, abandonar objectivos e metas traçadas, voltando-se para os tratamentos em busca da cura. Em geral, passa de gerente da sua vida, onde controla situações rotineiras, a um papel de dependência, da sorte, dos médicos, dos medicamentos, dos familiares e amigos. Vê-se constantemente fragilizada no desempenho de seus papéis em relação à sua sexualidade e como provedora de cuidados familiares.

Para as mulheres que passam pela mastectomia, ocorre um sentimento de ambivalência depois da cirurgia. Estas mulheres depositam na cirurgia a possibilidade da cura e esperam que, após a realização da mesma não haja necessidade de se preocupar mais. Por outro lado, existe o medo de enfrentar um corpo que já não é o mesmo, o medo de que a doença volte e a necessidade de se preparar para as novas etapas que irão surgir. A mutilação traz para a mulher uma grande diversidade de sentimentos, com os quais ela se sente perturbada e muitos sentimentos psicológicos de ordem negativa poderão surgir nessa altura (Vieira; Lopes & Shimo, 2007).

“ O mundo psíquico é o mundo do inconsciente, onde a lógica reinante não é a do verdadeiro ou falso, mas, sim, uma lógica que inclua a incoerência, o paradoxo. Descobrimos isso tão logo, por exemplo, uma doença se instaure e sejamos submetidos ao que ela, desde o corpo orgânico, impõe ao Eu.” Zecchin, 2004.

Segundo a mesma autora, vivemos no corpo a ameaça de perder a vida, para o ego, ficamos ameaçados de perder as referências, a identidade. Depois de constituído o Eu, ele ficará submetido às ameaças da instabilidade da vida. É no corpo que a doença se manifesta, mas é apenas a partir do momento que ela convoca o corpo que podemos falar das experiências, ou seja, do campo que se amplia. Quando falamos de procedimentos invasivos, de perda e de dor, o sujeito estará exposto a uma experiência extremamente dolorosa onde é convocado a experimentá-lo com o seu corpo, o que seria impensável sem o suporte egóico. Esse conjunto de alterações (mastectomia, reconstrução mamária, esvaziamento axilar) é vivido no corpo da paciente e associado a grande desconforto e estranhamento em relação ao esquema corporal. Enquanto experiência, o corpo também está sob efeito tanto dos afectos,

aquilo que afecta e não tem representação formal, produzindo desprazer ou prazer, quanto sob o efeito das emoções, que tem uma dimensão motora, ele é a conjunção entre o afecto e a representação.

O corpo da mulher não é apenas orgânico, é simbolizado e é um corpo erógeno, é um instrumento para pensar o seio como órgão que agrega subjectividades importantes na sua sexualidade, que convoca o corpo relacional a se manifestar. Desta forma, à relação da mulher com o próprio corpo, com o corpo do outro e com a alteridade, são aspectos que estão dinamicamente vivos e activamente presentes na experiência da perda parcial ou total do seio (Silva, 2007).

A cultura ocidental privilegia o belo e o perfeito, dando preferência as pessoas aparentemente sadias e sem sequelas. O órgão arrancado tem uma função primordial na estruturação do psiquismo, tanto dinâmica relacional mãe e filho, como entre a mulher e seus objectos de desejo.

Nesse sentido, se a perda desse órgão, prescindível dentro do corpo conhecido pela medicina provoca tantos danos às mulheres, é porque há uma outra realidade onde ele tem outro significado e valor. Não se trata mais da mama, mas do seio que a recobre. Perdê-lo para muitas é como perder a própria vida, implica uma dor que ultrapassa as questões médicas.

Dentro da psicanálise, temos o seio como representante simbólico da mãe real, o primeiro objecto de amor e de relação, constituído, como diz Freud, de forma fusional, permitindo que o bebé, primeiro se confunda com o seio, para depois poder discriminar-se dele. O seio é o objecto fundamental do sujeito e de sua relação com o mundo externo e interno. O que podemos constatar no exemplo de Freud “ter é o mais tardio dos dois” (entre ter e ser) – “o seio (da minha mãe) ainda é uma parte de mim”, “ eu não tenho o seio” – o que permite pensar: enquanto “eu não tenho o meu seio”, eu “ sou o seio da minha mãe, e este faz parte de mim”. Mais tarde: “ eu tenho – eu não sou ele”, o que permite pensar. “eu tenho, eu abro mão “deste seio/minha mãe”, porque posso “ter o meu”- “eu sou eu”, agora inteira e de posse do meu corpo – construindo a partir daí representações sobre si, sobre seu próprio corpo, como mulher, através da experiência de conquista do seio, representante de um todo. Esta representação seio é uma conquista narcísica para a menina/mulher, durante tão longo período alienada no “ eu sou ainda, em parte, minha mãe”. (Zecchin, 2004)

“ As crianças gostam de expressar uma relação de objecto por uma identificação: Eu sou o objecto. Ter é o mais tardio dos dois; após a perda do objecto, ele recai para ser.

Exemplo: o seio. O seio é uma parte de mim, eu sou o seio. Só mais tarde: Eu tenho – isto é, eu não sou ele” (Freud, 1941. Cit. in. Zecchin, 2004)

Para Volich (1995), o seio é um órgão singularmente marcado por características singulares na vida da mulher adulta em relação a sua sexualidade, sua sensualidade, na maternidade, no todo da identidade feminina e objecto de desejo da menina.

De entre muitas descobertas interessantes, Volich identifica-se com o pensamento de Lanouzière e a cita:

“ (...) a idealização (do seio) se propaga a toda a pessoa da mãe em sua tripla função de sedução, de procriação e de criação da criança. (...) considera que, quando da comparação com sua mãe, a percepção, pela menina, de sua privação de seios é uma experiência bem mais importante que a percepção de sua atrofia de pênis. A constatação desta falha primária é plena de consequências sobre seu desenvolvimento. Ela agrava seu desamparo e sua dependência de seus objectos, levando a menina a desenvolver mais rapidamente que os meninos um ego precoce, não como afirma Freud como a consequência da atrofia do pênis, mas sim por causa da ausência de seios, uma das primeiras feridas narcísicas. A inveja dos seios, é um sentimento mais arcaico e profundo que a inveja do pênis. É por essa razão que, segundo Lanouzière, a elaboração da perda objectal por frustração é complicada na menina. A privação de seios é concebida no fantasma infantil como uma retaliação por parte de sua mãe, e é vivida como uma privação de um objecto de direito. Estes factores favoreceriam as fixações orais, criando entre outras, a predisposição às afecções depressivas, característica da personalidade feminina” Volich, 1995

A Dra. Rubia Zecchin, psicanalista do centro de Estudos da Mama (CEM), relata em seu trabalho com pacientes com cancro da mama. Que se torna evidente a complexidade identificatória com a mãe. Esse facto comprova-se em todos os casos atendidos. Isto implica lhe dar com vários aspectos: sua identidade, sua história como mulher, como mãe e com a mãe. Tudo isso entra em jogo porque, a partir do seio, a ameaça de perda e a perda em si são vividas como ameaças narcísicas à sua identidade. E seguramente traz à tona outras perdas, deixa à mostra outras feridas narcísicas.

Por outro lado, o cancro agrega a ameaça de morte. Esta é vivida pelo ego como ameaça de perda de seus objectos. Como perda, implica um luto, não só do órgão, mas de

experiências, fantasias que possam estar associadas a ele como representante simbólico. Ainda como consequência destas questões, a perda do seio implica lidar com representações ligadas ao seio, em particular, e ao corpo, em geral, passando por todo o processo identificatório da mulher em relação à sua mãe, ao seu narcisismo, à sua imagem, à sua sexualidade.

Portanto, estamos diante de um problema que implica uma ameaça ao ego, manifesta nesta experiência por uma fragmentação da identidade, tanto resultado do ataque narcísico que significará a perda do seio, quanto do reconhecimento do cancro como ameaça de morte no horizonte. (Zecchin, 2004).

Segundo Zecchin, é necessário que o luto aconteça. A questão que se levanta é que de modo geral, essas mulheres, encontram-se em um estado de intenso desamparo, e toda a dinâmica à sua volta, de modo geral, apresenta-se desfavorável. Os médicos, tem como objectivo, por fim à doença, desviando o seu interesse, da paciente como pessoa. De certa forma, isto é necessário, visto que é preciso salvar o corpo da doença para que haja qualquer possibilidade de vida. Por outro lado, os familiares vivem a doença do doente como ameaça a seu próprio Eu, na medida em que o sofrimento do outro lhe impõe a presença da dor, diante de seus próprios conflitos, medos, angústia e sofrimento. São raras as mulheres que podem contar com eles como suportes afectivos desta experiência, pois ao contarem, esbarram nos conflitos familiares já presente antes da doença.

A experiência de perda é possível de ser elaborada, enlutada, porém, o desamparo é traumático. De um modo geral, o luto se dará de forma muito lenta, buscando de uma forma minuciosa os aspectos mais íntimos, vinculados a este objecto perdido, o seio.

Nasio (1997), ao trabalhar o luto em Freud, questiona-se:

“Então, como fazer corresponder a definição de dor corporal com a dor psíquica, especialmente a dor do luto? Freud escreve: “A dor corporal supõe um super investimento da representação psíquica do local lesado do corpo. Observem que não se trata de representação psíquica do objecto como era o caso do luto, mas do local lesado do corpo. E depois, comparando estas duas categorias de dor, física e psíquica, precisa: Em resumo, a dor responde a uma alta concentração de libido na representação psíquica de um objecto que, na realidade, foi perdido ou ferido. Vemos bem que o super investimento afectivo de uma representação significa um maior apego no interior ao objecto que não está mais no exterior. Conclusão: a dor do luto não é dor de separação, mas dor de ligação. (...) pensar que o que dói não é separar-se, mas apegar-se mais do que nunca ao objecto perdido.”

A perda do seio não acontecerá no acto cirúrgico, mas sim, durante um longo processo de desaparego. Talvez sim, a este processo, poderíamos chamar luto.

3. Imagem Corporal

A definição de imagem corporal mais aceite até hoje é a de Paul Schilder de 1935 (Schilder, 1999) e foi a primeira a ultrapassar as perspectivas neurológicas. Ela inclui elementos conscientes e inconscientes, todas as variedades de sensações e percepções corporais, estando mais próximo de uma experiência na totalidade. O autor enfatiza que a imagem corporal não é apenas uma construção cognitiva, mas também um reflexo de desejos, emoções e interacção com o outro.

“ A imagem do corpo humano é a figura de nosso próprio corpo que formamos em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo aparece para nós mesmos. Nós vemos partes da superfície corporal. Temos impressões tácteis, térmicas e dolorosas. Há sensações provenientes dos músculos e seus envoltórios e sensações viscerais. Além de tudo isso há a experiência imediata da existência de uma unidade corporal. Esta unidade é percebida e é mais do que uma percepção, nós a denominamos um esquema de nosso corpo ou modelo postural do corpo. Cada emoção modifica a imagem corporal. O corpo se contrai quando sentimos raiva, tornando-se mais firme e suas linhas de contacto com o mundo ficam mais intensamente marcadas. Nós expandimos o corpo quando nos sentimos felizes e apaixonados. Abrimos os braços, gostaríamos de envolver a humanidade neles. Nós crescemos e os limites da nossa imagem corporal perdem a sua característica de demarcação. Expandimos e contraímos o modelo postural do corpo; subtraímos e adicionamos partes; nós o reconstruímos, juntamos os detalhes, criamos novos detalhes, fazemos isso com o nosso corpo e com as expressões do corpo. Estamos continuamente experienciando-o. O esquema corporal é a imagem tridimensional que todos têm sobre si mesmos e nós podemos chamá-la de imagem corporal” (Schilder, 1999).

Nasio (1995), referindo-se à teoria de Lacan, diz que o Eu está ligado à imagem do próprio corpo e à imagem do corpo pela imagem do espelho. A teoria do espelho, caracteriza o aparecimento do Eu, sendo o primeiro espelho o olhar da mãe. No princípio a criança

confunde-se com a imagem da mãe de tal forma, que nesta relação não é ela nem o outro, mas sim uma ilusão.

Pode-se dizer que a imagem do corpo é como uma imagem narcísica que se forma através da alternância entre a presença e a ausência da mãe, reproduzindo a vida do sujeito nas suas relações com a própria mãe e com o mundo (Dolto, 1984).

Freud, nos seus estudos, não utilizou o termo imagem corporal, e sim ego corporal, quando se refere ao corpo como sendo o lugar das pulsões, das representações, do prazer, como o objecto e base do ego. A parte mais material e visível do nosso Eu é o corpo, portanto o ego é, antes de tudo, um ego corporal.

Segundo Pitanguy (1992) a imagem corporal é um importante elemento dentro do complicado funcionamento de formação da identidade pessoal. Por outras palavras, a imagem que a pessoa tem de si é moldada pela ligação entre três informações distintas:

- A imagem idealizada ou aquela que se deseja ter;
- A imagem interpretada por terceiros;
- A imagem concreta que a pessoa vê, olhando e sentindo seu próprio corpo.

Desta forma, a procura do aperfeiçoamento da própria imagem, assim como a conservação da sua integridade são importantes elementos de motivação.

Segundo Silder (1999), do nascimento à morte, a aparência física é parte importante do que somos, tanto para os outros quanto para nós mesmos. Ele afirma que a imagem corporal é construída de um corpo em contacto com a realidade externa. Esse contacto é uma experiência activa, em que partes são aceites e outras rejeitadas.

Para Dolto (1986, cit. in. Garcia, 1996) a imagem corporal esta ligada à pessoa e à sua história, sendo verbalizada e memorizada através da comunicação entre os sujeitos. Trata-se de algo inconsciente que é formada pela articulação dinâmica de uma imagem de raiz e de uma imagem erógena sobre a qual se expressa a tensão das pulsões. O esquema corporal cruza-se com a imagem do corpo, através do narcisismo.

Segundo Dolto (cit. Por Zecchin, 2004), *“É graças à nossa imagem do corpo sustentada por – e que se cruza com – nosso esquema corporal que podemos entrar em comunicação com outrem. Todo contacto com o outro, quer o contacto seja de comunicação ou para evita-la, é subentendido pela imagem do corpo; pois é a imagem do corpo, suporte*

do narcisismo, que o tempo se cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação presente”.

Quando um acontecimento da vida vem modificar a aparência física, especialmente quando esta, surge de forma inesperada, pode ter repercussão negativa na auto-imagem e conseqüentemente no auto-conceito. Desta forma podem surgir sentimentos negativos em relação a si própria, podendo deste modo dificultar as relações sociais, tanto a nível familiar como a nível laboral e/ou amigos.

Segundo Zecchin (2004) o corpo da mulher não é só orgânico, é simbolizado e é um corpo erógeno, é um instrumento para pensarmos o seio como órgão que agrega subjectividades importante na sexualidade da mulher. A sua relação com o próprio corpo, assim como, com o corpo do outro, são aspectos dinamicamente vivos e activos, presentes na experiência da perda parcial ou total do seio.

Schacter (1962, cit. in. Pitanguy, 1992) *“Quando e se, devido a um acidente ou doença, algo ocorre que destrói ou modifica qualquer parte do nosso corpo, nós necessitamos reorganizar completamente a nossa própria imagem e, enfim, a concepção que fazemos de nós mesmos.”*

As mulheres mastectomizadas além de se confrontarem com o diagnóstico de cancro, por si só, angustiante, passam pela perda de uma parte de seu corpo, parte essa, ligada à sua feminilidade e sexualidade, o que potenciará o risco de distúrbios de auto-imagem. A mastectomia poderá interferir em diferentes áreas da vida da mulher, nomeadamente no seu auto-conceito e na imagem que tem do seu próprio corpo. No tocante à sua sexualidade poderão existir repercussões: medo de ser rejeitada, medo de iniciar uma nova relação e um sentimento de alguma fealdade devido às mudanças reais ou imaginárias no seu corpo. (Gonçalves, 2004).

Toda mudança ocorrida no corpo da mulher é vivida com muito desconforto e estranheza em relação ao esquema corporal.

Wanderley (1994) salientou que a mama, como símbolo de sensualidade, quando lesada, modifica a imagem da mulher, causando a mesma, sentimentos de inferioridade e medo de rejeição, sendo que, quanto maior for o investimento da mulher neste órgão, maior será o sentimento de perda.

De acordo com Zecchin (2004) este corpo será associado, depois da mastectomia, a um corpo estranho, ao mesmo tempo que se tenta reconhecer com o mesmo. O corpo é um só e, ao mesmo tempo, vai descobrindo que é “muitos”. As experiências emocionais da história do sujeito estão registadas no corpo, do mesmo modo como este ficará. Quem sofre as ameaças, durante este período, é o Eu, visto não ser o corpo que morre, mas o Eu que teme as perdas enquanto o corpo estiver vivo.

“ Ser tomado de súbito por este acontecimento é como ser tomado em sequestro por um estranho, um estranho Eu do corpo orgânico que toma o corpo/sujeito e ao qual o ego não tem acesso nem autonomia. O ego perde a sua soberania imaginária. Ao mesmo tempo há uma necessidade intrínseca de acolher o estranho, o ego é obrigado a investir nesta experiência, porém, é fundamentalmente o ego que fica ameaçado de morte. Se vivemos no corpo a ameaça de perder a vida, para o ego, na alma, ficamos ameaçados de perder as referências, a identidade, objectos que nos são caros. Depois de constituído o Eu, ele sempre ficará submetido às ameaças da instabilidade da vida.” (Zecchin, 2004).

Passar por uma intervenção cirúrgica como a mastectomia, poderá provocar na mulher sentimentos de castração e um abalo na imagem corporal (Brenelli & Shinzato, 1994 cit. in Soares & Lôbo, 2007). Segundo os mesmos autores, a mama exprime a feminilidade, o amamentar, a competência para criar e, num nível mais inconsciente, o facto de ter sido criada.

Ao longo dos séculos, as mamas adoptaram uma conotação de beleza, nutrição, erotismo e sedução. Desta forma, as mulheres que passam por alguma deformação mamária, poderão manifestar alterações na imagem corporal e conseqüentemente necessitarão de acompanhamento psicológico (Pitanguy, 1992).

A imagem corporal pode ser saudável mesmo quando há algum tipo de deficiência física, vai depender da qualidade da relação emocional entre o indivíduo e o outro, e também da possibilidade de ser amada, ressaltando assim o seu valor (Dolto, 1984).

4. Relacionamento conjugal:

O Homem é um ser social e a necessidade de união parece ser um fenómeno intrínseco a qualquer ser humano. A própria Bíblia relata, no princípio das escrituras: *“E disse o Senhor Deus: não é bom que o homem esteja só.”* (Génesis 2, 18).

Segundo Kaplan (1999), a maior parte das pessoas encontram-se melhor, física e emocionalmente, quando estão envolvidas num relacionamento feliz, compatível e exclusivo, do que quando estão sozinhas.

Por outro lado, viver a dois é um processo dinâmico, onde se torna necessário estabelecer uma comunicação (verbal e não verbal), que faça o elo entre o casal. A relação conjugal, tem por base, o investimento recíproco e a confiança mútua, que se estabelece através da comunicação em geral, e da comunicação dos afectos em particular.

Segundo Narciso (1995), um relacionamento amoroso, normalmente inicia-se por uma primeira fase onde a paixão é intensa, posteriormente surge a intimidade e o compromisso. A paixão, a atracção, as necessidades pessoais e o desejo de complementaridade do ser humano, são aspectos que se encontram na base do relacionamento entre duas pessoas.

A intimidade tem a ver com a relação que se estabelece com o outro, tendo em conta, a troca de informações próprias de cada casal, a escuta, o cuidado para com o outro, o conforto, o contacto físico, à amizade, o apoio emocional e o estar bem com o outro.

O compromisso é caracterizado pelo desejo de continuar a relação, de investimento na mesma e de não criar alternativas para que o companheiro desista da relação (Narciso, 1995).

De acordo com Torres (2002), em um relacionamento conjugal, há vários aspectos que devemos ter em conta:

- A conjugalidade assenta em relações e trajectórias sociais e de género (ocorre em dada altura da vida do sujeito que é marcada de forma diferente, de acordo com a história pessoal de cada um deles e do género);
- Na relação com o outro, obtem-se recompensa e gratificação pessoal;
- A relação conjugal implica afectividade na qual a dimensão amorosa e a sexualidade ocupam o seu lugar.

Muitas vezes, qualidade do relacionamento conjugal e satisfação conjugal confundem-se. Narciso & Costa (2002), distingue um conceito do outro definindo qualidade conjugal

como o desempenho na relação e da relação. Isto é, todos os processos de ordem comportamental, emocional e cognitivo, vividos na relação. Desta forma, avalia-se externamente a qualidade conjugal pelos vários domínios da vida conjugal (gestão financeira e doméstica, tempos livres, continuidade da relação, sexualidade e intimidade emocional).

A satisfação conjugal refere-se a uma avaliação subjectiva relativamente aos processos comportamentais, emocionais e cognitivos da relação. Desta forma, a satisfação conjugal não pode ser medida externamente, mas sim através da avaliação feita pelo casal ou por cada membro dele.

Narciso & Costa (2002), refere-se, no entanto, que numa relação os cônjuges não se caracterizam apenas como satisfeitos e insatisfeitos, isto porque o comportamento conjugal não é linear ao longo do tempo. Existem oscilações entre momentos de afectividade positiva e momentos de afectividade negativa, que fazem com que as relações não sejam estáticas. Ao longo do relacionamento, o casal vive várias experiências, tem diferentes estados de humor, episódios positivos e negativos que coexistem e são comuns.

O passar por uma mastectomia altera consideravelmente a imagem corporal da mulher e a sua identidade. O modo como a mulher se sente com o seu corpo, o seu nível de desejo sexual e a sua satisfação sexual são afectados pelo diagnóstico e tratamento do cancro de mama.

Piscalho & Leal (2002) citando Veiga et al. (2001) afirmam que a sexualidade abrange as vertentes biológicas, psicológicas e social. E que envolvem processos de aprendizagem ao longo da vida que passam por experiências individuais e colectivas, por crenças e concepções construídas de forma espontânea e por saberes que apelam à sua consciencialização.

A sexualidade, como dimensão humana predominantemente relacional e íntima, tem uma vertente emocional muito importante constituindo-se como um elemento essencial na formação da identidade global, do auto-conceito, da auto-estima e do bem-estar físico e emocional dos sujeitos. Tem também uma componente essencial do relacionamento com os outros (Marques et al.200, cit. In Campino, 2002). Assim, o conceito de sexualidade não se esgota no acto sexual.

Segundo Raimundo (2003), a sexualidade influencia os sentimentos, comportamentos e interações dos indivíduos, bem como, a saúde física e mental dos mesmos. Assim, uma sexualidade saudável deve fazer parte de uma boa saúde, assim como, uma boa saúde de pressupor uma sexualidade saudável.

Aliada à noção de sexualidade está a necessidade do toque, o interesse na actividade sexual, a percepção do próprio corpo, a comunicação ao parceiro de certas necessidades e a capacidade de levar a cabo actividades sexuais satisfatórias (Henson, 2002, cit. in. Solana, 2005)

Sendo a mama o maior símbolo da sexualidade feminina, uma ameaça a este órgão, provocará uma perda de auto-estima gerando sentimentos de inferioridade e rejeição. Os efeitos da mastectomia no relacionamento sexual levam à alterações significativas na relação emocional (Pereira & Mestre, 1997).

Por outro lado, Kaplan (1999), relata que o interesse sexual é fortemente influenciado pelos estados emocionais e pela qualidade da relação com o/a parceiro/a, de forma que, o menor sinal de rejeição por parte de um dos parceiros, pode liquidar o desejo sexual do outro.

López, Polaino, Arranz, Granda & Cuerda (1991, cit. in. Fernandes, 2000), elaboraram um estudo com o objectivo de avaliar as mudanças nos comportamentos sexuais como consequências do diagnóstico e tratamento do cancro de mama. A amostra continha 58 mulheres mastectomizadas há cerca de dois anos e meio, com idades compreendidas entre os 28 e os 59 anos. Concluíram que 74% das mulheres, apresentaram mudanças negativas em relação às atitudes e os comportamentos sexuais, sendo que 32% destas mudanças converteram-se em disfunções sexuais. Estas mudanças costumam-se manter-se ao longo do tempo a não ser que se realize uma intervenção específica. Também puderam observar que havia uma estreita relação entre as mudanças na sexualidade e a não-aceitação da nova imagem corporal resultante da mastectomia. A principal mudança sexual diagnosticada nesta amostra, diz respeito a diminuição da frequência do número de coitos, seguida da diminuição do desejo sexual. Mulheres com dificuldades sexuais e vergonha da nova imagem corporal (pós mastectomia), refere uma menos aceitação da realidade por parte do companheiro.

Com relação ao desempenho sexual após a mastectomia, Lim (1995), realizou um estudo em Singapura, onde as pacientes eram solicitadas a falar sobre sua vida sexual antes da doença, destacando aspectos relacionados com a frequência de relações, desejo, dor e secura vaginal durante a relação. Foram também analisadas questões referentes a mudanças em suas atitudes e nas atitudes dos maridos, assim como no comportamento sexual de ambos após a mastectomia. Os resultados demonstraram que surgiram problemas, de natureza sexual, que afectaram o relacionamento conjugal, tais como a diminuição na frequência de relações sexuais, mudanças no comportamento sexual, em que as mulheres evitavam despir-se diante

do parceiro e serem tocadas pelo mesmo. A utilização de sutiã e T-shirt durante as relações também foram relatadas com frequência.

Etapé (2002), relata um estudo feito, com mulheres com cancro de mama, durante um ano e meio e chegaram a conclusão que as pacientes sofreram uma interrupção na sua vida sexual: manifestaram ter menos desejo, menos excitação, menos satisfação e menos orgasmos.

A continuação da sexualidade é importante na vida dos doentes que enfrentam o cancro, pois ajuda a reafirmar a fé na sobrevivência. O diagnóstico do cancro, tende a fazer o doente a reexaminar suas prioridades. Sendo que nessa altura, a muitas dessas pacientes, tem o desejo de ter mais intimidade com a pessoa amada, sendo o sexo um dos aspectos de tal proximidade.

A atenção à saúde sexual é um aspecto crucial no tratamento do cancro, sendo muitas vezes negligenciado. O cancro ou o seu tratamento pode muitas vezes provocar danos no funcionamento sexual ou causar infertilidade. Tais problemas podem destruir a qualidade de vida da doente.

II – MÉTODO

2.1. Formulação do Problema

“Porque é que fazemos investigação?”

Fazemos investigação para saber o que se passou, como é que se passou e, se possível, porque é que se passou.”. (Glynis Breakwell)

O cancro da mama, dentre as neoplasias malignas, tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo. Trata-se de um tumor maligno que se desenvolve no seio da mulher, sendo que as taxas de incidência e prevalência deste tipo de cancro são muito elevadas. Tanto o diagnóstico como o tratamento do cancro de mama são geradores de grande angústia, visto o prognóstico ser incerto e os tratamentos serem dolorosos chegando mesmo a provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis. O tratamento

de cancro da mama pode resultar em grandes alterações da imagem corporal devido à perda de uma parte do corpo, do desfiguramento e da cicatriz (Hopwood, 2001).

Assim a mulher sofre alterações na sua imagem corporal o que implica, certamente, mudanças na sua vida, nomeadamente a nível conjugal. Entre as muitas preocupações das mulheres com cancro de mama as que estão ligadas à auto-imagem remetem para medos e fantasias mais recalcadas e comprometem a relação conjugal no que diz respeito à sexualidade (Schover, 1991 cit. por Dias et al., 2002).

Segundo Hopwood (1993), a mastectomia constitui uma ameaça à integridade corporal e a satisfação da paciente com o seu corpo. A amputação da mama, símbolo de feminilidade, sexualidade, maternidade e juventude desencadeia alterações sexuais, pois a diminuição da auto-estima na mulher mastectomizada repercute-se na sua auto-imagem afectando, assim, suas relações sexuais (Estapé, 2002).

De acordo com Duarte & Andrade (2003), desde a década de 80 tem vindo a aumentar as produções científicas acerca dos factores psicossociais do cancro da mama, na tentativa de demonstrar que este, representa um problema de saúde pública com grandes proporções. Segundo os dados do Ministério da Saúde, em Portugal, as doenças oncológicas constituem a segunda maior causa de morte, tendo repercussões a nível do doente, familiares e sociedade em geral. Sendo provavelmente a doença mais temida pela população. O reconhecimento destes factos levou a estabelecer o combate contra o cancro como uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010.

A maior parte das acções terapêuticas tratam o corpo como entidade separada da mente, não tendo em conta o valor terapêutico, tanto a nível do sofrimento humano como de qualidade de vida. Os factores psicológicos influenciam positiva ou negativamente a evolução da doença oncológica. Visto ser de extrema importância uma intervenção psicológica adequada, é verdade que só é possível ter êxito na intervenção se conhecermos as características individuais da paciente, para dota-las de ferramentas adequadas para agir frente ao seu problema, facilitando a superação do processo de forma mais eficaz, com menor custo possível.

Esta investigação tem como objectivo, compreender de que forma as mulheres, com cancro de mama, vivenciam a sua doença e de que forma as mulheres mastectomizadas reagem à nova imagem corporal e se esta influencia o seu relacionamento conjugal. Tentamos

também compreender se o facto de fazer uma reconstrução mamária tem influência positiva, tendo em conta os mesmos factores.

Neste sentido, pretende-se estudar a relação entre as mulheres mastectomizadas que fizeram reconstrução mamária e as que não fizeram, relativamente a qualidade do relacionamento conjugal e imagem corporal.

2.2. Delineamento

A presente investigação consiste num estudo transversal, exploratório e descritivo das variáveis: Imagem Corporal e Relacionamento Conjugal.

Devido a limitações inerentes ao processo de formação académica, na qual esta investigação está inserida, ficamos limitados em relação ao tempo, o que nos fez optar por um estudo do tipo transversal, que foca um único grupo, e os dados foram recolhidos num único momento, Ribeiro (1999).

Os estudos descritivos, tem como objectivos, descrever os fenómenos ocorridos naturalmente e os efeitos produzidos nos sujeitos por esses mesmos fenómenos.

Segundo Pinto (1990) o que o método descritivo pretende é fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento, podendo haver eventuais relações entre as mesmas, porém não compete ao método descritivo determinar a natureza de tal relação.

Segundo Ribeiro (1999), *“os estudos descritivos são, normalmente, estudos exploratórios que decorrem do facto de o investigador não ter necessariamente um conjunto de assunções bem desenvolvidas para formular hipóteses”*, pelo que este modelo de investigação deverá permitir a recolha de informação para posterior formulação de hipóteses.

Procedeu-se também a uma análise de conteúdo de uma pergunta semi-estruturada, com o intuito de procurar compreender o significado individual do impacto cirúrgico na percepção do próprio corpo e na relação deste com o seu parceiro.

A pesquisa qualitativa tem como objectivo trabalhar com: significados, motivações, valores e crenças e estes não podem simplesmente ser reduzidos à questões quantitativas,

visto que, respondem a questões muito particulares. Entretanto, os dados quantitativos e os dados qualitativos acabam por se complementar, dentro de uma pesquisa (Minayo, 1996).

2.3. Definição das Variáveis

Em investigação, é em torno das variáveis que ela se estrutura, tornando-se assim um elemento central. A variável, como o próprio nome diz, trata-se de uma característica que varia, que se distribuiu em diferentes níveis, ou é de diferentes tipos em oposição a uma constante (Ribeiro, 1999).

Variáveis dependentes:

- Imagem Corporal;
- Qualidade do relacionamento conjugal;

Variáveis Independentes:

- Idade;
- Local de residência;
- Habilitações literárias;
- Situação profissional;
- Estado civil na altura do diagnóstico;
- Estado civil actual;
- Tempo da mastectomia;
- Tempo da reconstrução.

2.4. Amostra

Trata-se de uma amostra de conveniência, constituída por 27 mulheres, com idades compreendidas entre os 32 e os 66 anos e maioritariamente casadas. Esta amostra foi

escolhida mediante o método de amostragem não probabilística, do tipo bola de neve, estas mulheres foram seleccionadas por possuírem as características da população a estudar.

Podemos observar a distribuição das variáveis sócio-demográficas da seguinte forma:

Tabela 3 – Distribuição da amostra por idades

	Frequência	Percentagem em	Percentagem valida	Percentagem acumulada
31-40	2	7,4	7,4	7,4
41-50	9	33,3	33,3	40,7
51-60	10	37,0	37,0	77,8
> 60 Anos	6	22,2	22,2	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Tal como se pode observar, a maior predominância da idade das participantes encontra-se no intervalo dos 51 aos 60 anos, seguido do intervalo dos 41 aos 50 anos. Verifica-se também que a menor frequência se encontra no intervalo de idades que vai dos 31 aos 40 anos.

Distribuição da amostra de acordo com as habilitações Literárias.

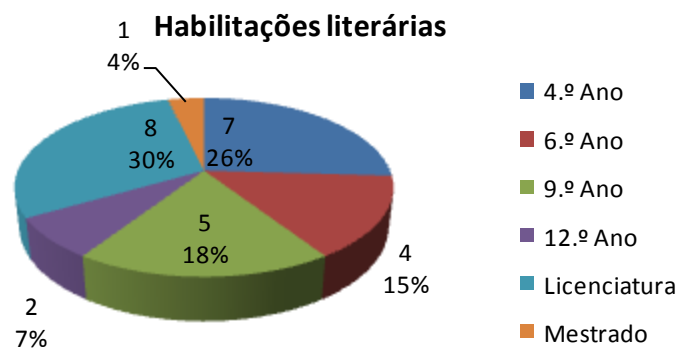


Gráfico 1

Pode-se verificar que o nível de escolaridade predominante é a licenciatura com 30% das participantes, seguido do ensino primário ao qual pertencem 26% das participantes.

Tabela 4 – Distribuição da amostra de acordo com a situação profissional

	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Empregada	10	37,0	37,0	37,0
Desempregada	2	7,4	7,4	44,4
Reformada	14	51,9	51,9	96,3
De baixa	1	3,7	3,7	100,0
Total	27	100,0	100,0	

Pode-se observar que 51,9% da amostra se encontra reformada, sendo que 37% se encontra empregada, 7,4% se encontra desempregada e apenas 3,3% de baixa.

Em suma, a maioria das participantes do estudo encontra-se na faixa etária entre os 51 e os 60 anos, possui uma licenciatura e encontra-se reformada.

Os critérios utilizados para a selecção dos indivíduos que constituem este grupo foram os seguintes:

- Ter passado por uma mastectomia radical há pelo menos 3 meses;
- Mulheres adultas;
- Não apresentar alterações patológicas graves do foro neurológico ou psiquiátrico;
- Nível de escolaridade igual ou superior ao ensino básico, necessário à leitura e compreensão do instrumento.

A participação foi voluntária e as participantes assinaram um termo de consentimento pós-informação para a conscientização dos objectivos da pesquisa e para a participação na mesma.

2.5. Instrumentos

Neste estudo foram utilizados três instrumentos: um questionário sócio-demográfico e clínico, para recolher os dados pessoais das participantes, contêndo também uma pergunta

semi-estruturada, que nos permite uma análise de conteúdo; a Escala de Imagem Corporal, “Como Me Relaciono Com o Meu Corpo” e a Escala de Relacionamento Conjugal “ERC”.

2.5.1. Questionário Sócio-demográfico

O questionário de caracterização da amostra é um instrumento descritivo elaborado com a finalidade de recolher informação que permita descrever esta amostra (Anexo B)

Este questionário contém questões como: idade, local de residência, habilitações literárias, situação profissional, estado civil na altura do diagnóstico, estado civil actual, tempo da mastectomia, tempo da reconstrução.

Relativamente à informação sobre a história do seu relacionamento conjugal e o que, eventualmente poderia ter ocorrido em termos de mudanças, foi relatado em uma pergunta aberta.

2.5.2. Escala de Imagem Corporal “ como me relaciono com o meu corpo”

Esta escala foi construída por Palhinhas, Tapadinhas e Ribeiro em 2000, com base na escala de Imagem Corporal (Gomes, Viena & Firmino) e na Body Image Scala de (Hopwood, Fletcher, Lee & Ghazal). Pretende-se avaliar a Imagem corporal da mulher de duas formas: o corpo pré-morbido (valor atribuído ao corpo no geral) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente) (Anexo C).

As respostas são obtidas através de uma escala tipo Likert, constituída por 7 itens cada parte, cujas respostas variam entre: Não, Um Pouco, Moderadamente e Bastante. Os itens são pontuados de 1-4, sendo que a primeira parte da escala cota-se na ordem crescente e a segunda parte cota-se na ordem decrescente. A soma da pontuação dos 7 itens, pode variar entre 7 a 28, assim quanto maior for a relação com a imagem corporal mais elevado será o score final da escala.

2.5.3. Escala de relacionamento conjugal (ERC)

Esta escala foi baseada, adaptada e traduzida da *Dyadic Adjustment Escala* (D.A.S., Spanier, 1976) por Tavares em 1990, tem como objectivo estudar a qualidade do relacionamento conjugal em adultos. (Anexo D).

Esta escala é constituída por 32 itens, que pretendem caracterizar a relação diádica num casal, contemplando diferentes aspectos como a comunicação, afectividade, compatibilidade sexual, actividades sociais, diferença de valores entre outros.

Trata-se de uma escala tipo Likert, com pontuação que vai de 0 a 151, com itens pontuados de 0-1; 0-4; 0-5; 0-6. Pretende-se avaliar a qualidade do relacionamento conjugal no geral, todavia esta escala permite-nos a divisão em quatro sub-escalas que, utilizadas separadamente, não perdem fidelidade nem validade. As sub-escalas são: consenso diádico, itens 1-3, 5, 7-15; expressão de afectos, itens 4, 6, 29-30; satisfação diádica, itens 16-23, 31-32; coesão diádica, itens 24-28.

De acordo com Spanier (1976, cit por Ramos & Patrão,2005), a fidelidade da escala total regista um índice de alpha de 0.96, variando nas sub-escalas entre 0,73 e 0,90. O valor final obtido (transformado em percentagem) vai indicar a satisfação/insatisfação em relação ao relacionamento conjugal sendo que, quanto mais elevado for o perfil obtido, melhor será o relacionamento conjugal.

2.6. Procedimento

Este trabalho iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica focalizada na temática estudada (Imagem Corporal, Relacionamento Conjugal e Mastectomia), tendo sido realizada uma revisão de literatura em várias bibliotecas, incluindo a Biblioteca Nacional. Esta pesquisa estendeu-se à base de dados, de algumas importantes revistas internacionais.

Entramos em contacto com o Instituto da Mama do Rio Grande do Sul – Brasil, com o intuito de ter acesso a alguns artigos publicados por eles, fui prontamente respondida pela Dra. Bárbara Conte, que me facultou alguns artigos de sua autoria (Anexo E). Do mesmo modo, foi-nos enviado em suporte informático, pelo Prof. Doutor Jorge Pimenta da Sociedade de Psicanálise de Belo Horizonte – Brasil alguns artigos sobre esta temática (Anexo F).

Numa segunda fase, procurou-se a existência de escalas já construídas, que permitissem uma medição correcta das variáveis em estudo. Optou-se pela escala de Imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”, através de contacto telefónico com a Dra. Ana Rosa Tapadinhas (anexo G), uma das autoras da escala. Foi-lhe explicada a natureza da investigação assim como o pedido de utilização da escala. Em relação à escala de relacionamento conjugal, não conseguimos entrar em contacto com a Dra. Lília Tavares, responsável pela tradução e adaptação dessa escala em 1990, todavia o facto dessa escala não ter sido publicada, permite que nós a utilizemos. Foi ainda construído um questionário sócio-demográfico tendo em conta as variáveis secundárias necessárias à realização do estudo.

Posteriormente procedeu-se ao envio de um pedido de autorização (anexo H), para a recolha da amostra, em diversas instituições, assim como o contacto pessoal com algumas delas.

Das quatro instituições contactadas na região de Lisboa, obtivemos a resposta apenas da Associação Portuguesa de Mulheres Mastectomizadas, que depois de analisar as escalas e o objectivo da investigação, deu o seu parecer favorável à recolha da amostra. Contudo, a dificuldade em contactar com as mulheres, limitou a recolha da amostra apenas a 7 mulheres.

Contactámos pessoalmente vários Centros de Saúde nos concelhos de Constância, Vila Nova da Barquinha, Torres Novas, Abrantes, Alferrarede, Ponte de Sor e Portalegre, até ao presente momento não nos foi dada nenhuma resposta.

Depois de vários contactos com o “Movimento Vencer e Viver” de Ponte de Sor, obteve-se o devido consentimento para a recolha da amostra, nesta instituição, participaram 3 mulheres.

Depois de participar, como voluntária, durante 2 meses, na associação Agir de Torres Novas, consegui agendar com 8 mulheres que se disponibilizaram a participar nesta investigação. O contacto com essas mulheres foi feito durante a *1ª Caminhada de Luta Contra o Cancro*, realizada no dia 31 de Maio, pela Associação Agir de Torres Novas. Caminhada esta, na qual participei, como voluntária, tanto na organização como no percurso.

As outras 9 participantes, se dispuseram a participar da investigação, através de indicação de outras pessoas que tiveram conhecimento do estudo.

A recolha da amostra teve início no mês de Abril e terminou no mês de Julho, sendo que o contacto com as instituições começou em Dezembro.

A recolha dos dados foi feita individualmente com cada participante, em local e hora agendado com a mesma. A entrevista teve uma duração média de 1 hora e meia, tendo sido recolhidas na cidade de Lisboa, Torres Novas, Constância, Tramagal, Alferrarede e Ponte de Sôr. Quando o contacto era feito directamente com a entrevistada, colocava-me a inteira disposição para me deslocar na hora e local mais conveniente para a mesma, pedindo apenas que fosse escolhido um lugar calmo onde pudéssemos estar a vontade. Muitas entrevistas foram feitas na casa das próprias mulheres.

Num primeiro momento, era feita a apresentação da entrevistadora assim como da entrevistada, era explicada a participante da pertinência do estudo assim como sua confidencialidade e anonimato, e que as mesmas poderiam desistir a qualquer momento se assim o desejasse, todas assinaram um termo de autorização (Anexo A). Além das duas escalas já mencionadas e um questionário socio-demográfico, foi solicitado que as mulheres respondessem a uma pergunta aberta, esse recurso nos permitiu que as entrevistadas falassem livremente sobre o processo de adoecer e as questões relacionadas à vivência da sexualidade, assim como suas relações quotidianas, valores e transformações percebidas após a cirurgia, com grande riqueza de detalhes. Esta pergunta não seguia uma sequência pré-estabelecida, após a apresentação e o preenchimento do questionário sócio-demográfico, era solicitado a participantes que relatasse sobre o seu processo de adoecimento e o que eventualmente mudou no seu relacionamento após a mastectomia, e se essa mudança era atribuída mais ao companheiro ou a si. Ao lançar essa questão num clima agradável de conversa, as entrevistadas respondiam de acordo com o que mais as marcou; foram relatados tanto os factos objectivos como o aparecimento da doença e as características anatómicas do tumor, quanto os factos subjectivos, tais como as reacções emocionais ao diagnóstico, o medo da morte, as dificuldades em relacionar-se com o próprio corpo, com o parceiro e as demais dificuldades encontradas no decorrer da doença. A seguir essa pergunta, que tinha duração média de 1 hora, era pedido que as participantes preenchessem as escalas de imagem corporal e relacionamento conjugal. Finalizada cada entrevista, a participante recebeu um poema como modo de agradecimento. (Anexo I).

Os dados recolhidos foram processados por computador, usando o programa estatístico SPSS 15.0 (Statistical Package for the Social Sciences 15.0)

A análise descritiva das variáveis realizou-se através de frequências das várias respostas. Podemos então referir que a estatística descritiva pode definir-se como a área da

estatística que visa resumir e apresentar os dados observados, através de quadros, gráficos e índices numéricos que facilitem a sua interpretação (Maroco, J.: Bispo, R., 2003).

III – RESULTADOS

Neste capítulo procede-se à apresentação e análise dos resultados obtidos no estudo. Inicia-se com a da análise da qualidade psicométrica da escala de imagem corporal e a de relacionamento conjugal. Prossegue-se com a análise estatística das variáveis estudadas.

3.1. Análise das qualidades psicométricas dos instrumentos utilizados.

A qualidade psicométrica das escalas utilizadas foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach. Os valores obtidos podem ser analisados nas tabelas seguintes e podem ser considerados como aceitáveis, com exceção da subescala corpo pré-mórbido em que o valor de consistência interna pode ser considerado como baixo.

Tabela 5 – Análise da qualidade psicométrica da escala de Imagem Corporal

	Cronbach's Alpha	Nº de itens
Corpo pré-mórbido	.511	7
Corpo mórbido	.916	7
Global	.828	14

Tabela 6 – Análise da qualidade psicométrica da escala de Relacionamento Conjugal

	Cronbach's Alpha	Nº de itens
Consenso diádico	.931	13
Expressão de afectos	.597	4
Satisfação diádica	.576	10
Coesão diádica	.763	5
Global	.869	32

3.2. Análise da Estatística

Para a análise estatística que se segue, foi considerada um nível de significância de $\alpha=0.05$.

Como estamos sempre a comparar dois grupos em variáveis dependentes medidas em escalas de rácio vamos utilizar o teste t de Student para amostras independentes. Os pressupostos destes testes, nomeadamente o pressuposto de distribuição normal e de homogeneidade de variâncias foram analisados com, respectivamente, o teste de Kolmogorov-Smirnov e teste de Levene, tendo-se aceitado para a generalidade das comparações que estes se encontram satisfeitos.

As análises foram feitas com o SPSS versão 15.0 para Windows.

Existem diferenças significativas na imagem corporal e no relacionamento conjugal tendo em conta o facto de se ter submetido a mastectomia há mais ou menos de 4 anos.

Para a seguinte análise as mulheres foram categorizadas em dois grupos: as que se submeteram a cirurgia há 4 ou menos anos e as que se submeteram há mais de 4 anos.

Corpo pré-mórbido

Observou-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos valores da relação com o corpo pré-mórbido entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(21) = -1,215$, $p = 0,238$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que realizaram cirurgia há mais tempo têm uma melhor relação com o seu corpo (média =24,6 versus média 23,15).

Corpo Mórbido

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da relação com o corpo mórbido entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(25) = 1,239$, $p = 0,227$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que realizaram cirurgia há menos tempo têm uma melhor relação com o seu corpo ($m=19,7$ versus $m=16,5$).

Relacionamento conjugal total

Constatou-se haver diferenças estatisticamente significativas nos valores do relacionamento conjugal entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(21) = -2,152$, $p = 0,043$. As mulheres que realizaram cirurgia há mais tempo têm uma melhor relação conjugal ($m=122,1$ versus $m=107,7$).

Consenso Diádico:

Observou-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de consenso diádico entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(23) = -,346$, $p = 0,733$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram cirurgia há mais tempo têm um melhor consenso diádico ($m=51,7$ versus $m=50,0$).

Expressão de Afectos:

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de expressão de afectos entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se

submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(21) = -1,344$, $p = 0,193$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram cirurgia há mais tempo têm uma melhor expressão de afectos ($m=9,8$ versus $m=8,2$).

Satisfação Diádica:

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de satisfação diádica entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(21) = -,242$, $p = 0,811$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram cirurgia há mais tempo têm uma melhor satisfação diádica ($m=38,0$ versus $m=37,5$).

Coesão Diádica:

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de coesão diádica entre as mulheres que se submeteram a cirurgia há menos tempo e as mulheres que se submeteram a cirurgia há mais tempo, pois $t(22) = -1,416$, $p = 0,171$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas, as mulheres que realizaram cirurgia há mais tempo têm uma melhor coesão diádica ($m = 16,0$ versus $m=13,2$).

Existem diferenças no relacionamento conjugal e na imagem corporal tendo em conta o facto de se ter submetido a cirurgia de reconstrução mamária

Corpo pré-mórbido:

Em relação a hipótese 2, não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da relação com o corpo pré-mórbido entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária e as mulheres que não a fizeram, pois $t(21) = 0,261$, $p = 0,797$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que realizaram a cirurgia têm uma melhor relação com o seu corpo ($m = 24,0$ versus $m=23,6$).

Corpo Mórbito:

Observou-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos valores da relação com o corpo mórbito entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária e as mulheres que não a fizeram, pois $t(25) = -0,812$, $p = 0,425$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que realizaram a cirurgia têm uma pior relação com o seu corpo ($m=19,1$ versus $m=16,9$).

Relacionamento conjugal total:

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores do relacionamento conjugal entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária e as mulheres que não a fizeram, pois $t(21) = 0,607$, $p = 0,550$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que realizaram a cirurgia têm um melhor relacionamento conjugal ($m=117,0$ versus $m=112,0$).

Consenso Diádico:

Constatou-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de consenso diádico entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária e as mulheres que não a fizeram, pois $t(23) = -,479$, $p = 0,636$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram a cirurgia pior um melhor consenso diádico ($m=49,0$ versus $m=51,4$).

Expressão de Afectos:

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de expressão de afectos entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária e as mulheres que não a fizeram, pois $t(21) = -0,406$, $p = 0,689$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram cirurgia têm uma pior expressão de afectos ($m=8,5$ versus $m=9,0$).

Satisfação Diádica:

Observou-se não haver diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de satisfação diádica entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária

e as mulheres que não a fizeram, pois $t(21) = 0,179$, $p = 0,860$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram cirurgia têm uma melhor satisfação diádica ($m=38,0$ versus $m=37,6$).

Coesão Diádica:

Não há diferenças estatisticamente significativas nos valores da escala de coesão diádica entre as mulheres que se submeteram a cirurgia de reconstrução mamária e as mulheres que não a fizeram, pois $t(22) = 0,484$, $p = 0,633$. No entanto, apesar de as diferenças não serem significativas as mulheres que realizaram cirurgia têm uma melhor coesão diádica ($m=15,5$ versus $m=14,2$).

Existem diferenças significativas no relacionamento conjugal tendo em conta a imagem corporal.

Relacionamento conjugal total:

Constatou-se não haver diferenças significativas na relação conjugal tendo em conta a imagem corporal, pois $t(19) = -0,063$, $p = 0,951$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que têm melhor imagem corporal têm melhor relacionamento conjugal ($m=113,3$ versus $m=112,8$).

Consenso Diádico:

Constatou-se não haver diferenças significativas nos valores do consenso diádico tendo em conta a imagem corporal pois $t(20) = -,360$, $p = 0,723$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que têm melhor imagem corporal têm melhor consenso diádico ($m=50,4$ versus $m=48,5$).

Expressões de afectos:

Observou-se não haver diferenças significativas na expressão de afectos tendo em conta a imagem corporal, pois $t(19) = -0,214$, $p = 0,833$. No entanto apesar de as diferenças

não serem significativas as que têm melhor imagem corporal têm melhor expressão de afectos ($m=9,1$ versus $m=8,8$).

Satisfação Diádica:

A imagem corporal não influencia significativamente os valores da satisfação diádica pois $t(19) = -0,029$, $p = 0,977$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que têm melhor imagem corporal têm melhor satisfação diádica ($m = 37,88$ versus $m= 37,83$).

Coesão Diádica:

Observou-se não haver diferenças significativas nos valores de coesão diádica em relação a imagem corporal, pois $t(20) = -1,236$, $p= 0,231$. No entanto apesar de as diferenças não serem significativas as que têm melhor imagem corporal têm melhor coesão diádica ($m=16,7$ versus $m=13,6$).

IV – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

“Quando elegi a minha sociedade como objecto de pesquisa, assumi, desde o inicio, que fatalmente a minha subjectividade deveria ser, não só levada em consideração, mas incorporada ao processo de conhecimento desencadeado. Ou seja, deveria tentar nos escamotear sua “interferência”, mas aprender a lidar com ela. Assim permaneci comprometido com a obtenção de um conhecimento mais objectivo, sem que isso significasse uma estéril tentativa de anulação ou neutralização de meus sentimentos, emoções, crenças.”
(Gilberto Velho)

A questão do cancro da mama é complexa e delicada, devido ao facto de afectar tanto a parte física como a psicológica. Na amostra em questão constatou-se não existirem diferenças significativas entre as variáveis imagem corporal e qualidade do relacionamento conjugal. Elas encontram-se apenas nos valores do relacionamento conjugal entre as mulheres que se submeteram a mastectomia há menos tempo e aquelas que se submeteram a cirurgia há mais tempo, sendo que as mulheres que realizaram cirurgia há mais tempo têm uma melhor

relação conjugal. Não se pode concluir que exista, de facto, uma mudança no relacionamento conjugal devido a alteração da imagem corporal provocada pela mastectomia. Devido ao facto de a amostra ser pequena, dos questionários não estarem aferidos para a população portuguesa e de as mulheres terem sido avaliadas apenas num único momento, não nos permite generalizar para a restante população, todavia uma possível explicação seria o facto de essas mulheres terem, possivelmente, se conformado à nova imagem corporal, de forma que, o ter passado pela mastectomia, não influencie negativamente o seu relacionamento conjugal.

Foram encontradas inúmeras dificuldades metodológicas no decorrer deste estudo, inicialmente optou-se por uma amostra de 40 mulheres mastectomizadas das quais 20 com reconstrução mamária e 20 sem reconstrução, com o objectivo de comparar os grupos e compreender se a reconstrução contribuía de forma positiva para uma melhor imagem corporal e um melhor relacionamento conjugal.

A variável tempo também revelou ser de extrema importância controlar pois, todos os estudos encontrados apresentavam a amostra recolhida num período logo após a intervenção cirúrgica onde, em muitos casos, as participantes ainda estavam a ser submetidos a tratamentos pós cirúrgicos, tais como, a quimioterapia. Logo fui tomada por uma dúvida: seriam as dificuldades a nível do relacionamento e satisfação conjugal consequências da mastectomia radical ou dos efeitos secundários dos tratamentos, ou o facto de estar sem uma mama porém viva poderia, num primeiro momento, não afectar negativamente a imagem corporal. Desta forma, para se observarem as consequências provocadas por este tipo de intervenção e daí surgirem conclusões pertinentes tornando o estudo relevante, foram objecto de estudo mulheres mastectomizadas há mais de 3 anos.

Após algum tempo, a prática mostrou que este primeiro projecto seria de extrema dificuldade concretizar. As mulheres submetidas a mastectomia há mais de 3 anos já não se encontram nos hospitais e poucas encontravam-se actualmente ligadas a associações. O contacto com estas, também revelou ser sinuoso. Inúmeros obstáculos surgiram.

Mediante a dificuldade em encontrar pacientes com o perfil pretendido reduziu-se a amostra para 27 mulheres. Com esta investigação pretendeu-se conhecer as consequências provocadas pelo cancro de mama, não só tendo em conta os valores dados pela cotação das escalas, mas o de poder ouvir e sentir um pouco do adoecer dessas mulheres, compreendendo o seu quotidiano bem como os significados dados às experiências da sexualidade no decorrer do processo de adoecimento.

Aparece então, uma pergunta aberta com o intuito de se fazer uma análise de conteúdo. No entanto, a escassez de tempo não permitiu fazer uma análise de conteúdo com o rigor necessário a este tipo de investigação. Os relatos das entrevistas constituíram assim, experiências verdadeiramente marcantes e ricas, que de modo singelo, tentarei, nalguns momentos, expressar por palavras.

Outro facto que me despertou a atenção foi a contradição dos resultados obtidos com as escalas e com a entrevista da história de vida de algumas mulheres relativamente à sua imagem corporal e ao seu relacionamento conjugal. Para melhor ilustrar esta problemática apresentarei extractos das entrevistas, nas quais, com o intuito de manter o anonimato, foram usados nomes fictícios:

Quanto a uma pergunta da escala de relacionamento conjugal: costuma beijar o seu par? Cláudia responde: “ *sim, todos os dias o meu marido me dá um beijinho antes de ir trabalhar e quando chega do trabalho.*” Quando lhe é pedido para contar a sua história, ela responde em lágrimas: “ *mudou muita coisa, passei pela mastectomia há 10 anos, e já naquela altura senti que meu marido estava diferente comigo, já não me procurava da mesma forma, depois descobri que estava tendo um caso com a minha cunhada, mulher do meu irmão, foi muito difícil saber que comigo ele não tinha vontade mas foi procurar fora de casa, hoje já superei, não sofro mais, mas ele diz que já não funciona muito bem e eu aceito, já não temos relação há 3 anos.*”

Mariana é o modelo típico da negação. Isso fica-nos claro ao observar a resposta dada à pergunta feita, sobre o facto de se ter verificado alguma mudança no seu relacionamento conjugal depois da mastectomia. A esta pergunta, mariana responde:

“*Sinto que continuou na mesma, o meu esposo deu-se bem com a situação, apoiando-me sempre. Não conversamos muito sobre o assunto é como se nos entendêssemos pelo olhar.*”

No princípio foi muito difícil, mas a rejeição foi mais da minha parte, sentia-me pouco à vontade, foi sempre ele quem cuidou de mim, mas eu nunca deixei que ele me visse, quando me ajudava no banho, era sempre com a cortina da casa de banho fechada. Hoje já me habituei, por vezes até me esqueço, apesar de ter sempre o cuidado de ter uma camisa de alças.”

Quase todas as mulheres desta amostra relataram ser a quimioterapia o momento mais complicado, chegando algumas a relatar que mais difícil do que perder a mama foi perder o cabelo. Segundo Pinto & Ribeiro (2006), os efeitos colaterais da terapêutica são numerosos e

psicologicamente a pessoa tem que lidar com o medo da dor, da morte, o cansaço, a ansiedade, a tristeza, a culpabilidade e até mesmo a solidão.

“O que mais me custou foi a quimioterapia. O ficar careca custou mais que a própria cirurgia, é muito triste, custa muito tomar banho e ver o cabelo cair na banheira.” (Joana)

“O mais complicado foi ficar sem cabelo. A quimioterapia foi horrível. Naquela altura, senti mais a falta do cabelo do que da mama, andava o dia todo de lenço, não deixava que ninguém me visse sem lenço.” (Carolina)

“Para mim o período mais complicado foi o da quimioterapia, foi muito difícil, acho que fiz uma negação, não sei.” (Juliana)

“Teve uma coisa que me marcou (...) quando estava a fazer quimioterapia, ele andava sempre nos copos, mas antes não era diferente, acho que estava mais carente, sentia-me abandonada. A quimioterapia custou muito, tive anemia e demorei muito tempo a começar os tratamentos” (Andreia)

O cancro de mama, mais do que qualquer outro tipo de neoplasia que atinge a mulher, afecta negativamente a percepção da sexualidade e da auto-imagem, provocando uma imagem mental associada à mutilação, à dor, à perda do desejo sexual, à impotência e rejeição, o que consequentemente se reflecte na vida sexual e no relacionamento conjugal. Assim nos relatam algumas mulheres:

“A minha libido foi abaixo por me sentir mal fisicamente, não consigo ter relações sexuais, fiquei seca, sangro sempre, a minha médica não consegue dar explicação. Diz que está tudo normal, não consigo ter prazer nem com lubrificante, parece uma lixa, não é nada bom.” (viviane)

“Acho que ele não gosta de fazer amor comigo, as vezes sinto-me uma prostituta, agora sou eu que não quero, tem uns dois meses que não sinto nada, só faço para ele não ir procurar na rua. Desde a cirurgia que ele não me olha, quando tiro a roupa ele sai de perto.” (Helena)

“Quando fui operada, o meu marido estava a trabalhar no exterior, quando chegou a casa já tinha sido operada há 3 semanas. Ele esteve sempre comigo, era carinhoso, mas estava diferente. Esteve em casa 2 semanas e não me procurou sexualmente. Quando regressou, foi para ficar 4 meses, estava sempre comigo, podia passar a noite inteira abraçado a mim, mas não me procurava. Aí tive que perguntar o que se estava a passar, se

havia algum problema comigo, se era menos mulher por não ter a mama. Ele disse que não, que o problema era com ele (começa a chorar) não quis falar mais sobre o assunto, nesses 4 meses só tivemos relação 2 vezes e foi por eu insistir muito (chora). Hoje sinto que sou diferente, sinto que não sou uma mulher inteira. Se eu me separasse dele, acho que nenhum homem me iria querer.” (Renata)

“O pior veio depois. Quando as coisas estavam mais calmas, a minha filha casou e pensei que ia começar uma vida nova com o meu marido. Tinha vencido o cancro, íamos ficar sozinhos. Foi aí que descobri que ele andava com a minha vizinha e isto foi muito difícil. Ainda bem que descobri a tempo, agora está tudo resolvido. Mas às vezes, fico na dúvida se foi o facto de ter tirado a mama, ou se foi a vizinha que andava atrás dele e ele não aguentou.” (Carolina)

“Foi muito difícil, o meu marido nunca me disse nada, mas sei que lhe fez confusão. Ele nunca colocava a mão na mama mastectomizada. Era estranho, parecia uma tábua. Passados 9 anos decidi fazer a reconstrução. Ele dizia que por ele não fazia diferença, mas enquanto eu não tinha a mama ele nunca passava a mão, agora ele pega nela como antigamente. Quanto a mim, acho que eu mudei, já não tenho tanta vontade, mas sempre que ele quer faço a minha parte. Conheci mulheres que perderam a vontade e que não têm relações e os maridos deixaram-nas. Eu acho que mudou alguma coisa aqui dentro, devem ser as hormonas, a vontade já não é a mesma, mas a idade também não.” (Ludimila)

“Sempre muda alguma coisa. Quanto à parte sexual mudou, acho que as duas partes mudaram. Há receio do toque. A sensibilidade não é a mesma, algumas posições incomodam.” (Juliana)

“A mudança foi mais da minha parte, sinto-me pouco à vontade na intimidade, nunca mais consegui mostrar o meu corpo para o meu marido. Sinto-me menos mulher.” (Camila)

A reconstrução mamária melhora a auto-imagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual. Estas mulheres tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência (Front, 1999 cit. por Vianna, 2004). Algumas mulheres relatam os seus sentimentos após a reconstrução mamária:

“Fiz a reconstrução e a mastectomia em simultâneo. Por isso, nunca me vi sem a mama, apenas imaginava como poderia ter ficado. A minha reconstrução ficou muito bem-

feita e foi crucial para a minha recuperação. Passei pela quimioterapia mas estava bem comigo” (Laura)

“Depois de 9 anos, decidi fazer a reconstrução. Custa muito, mas foi a melhor coisa que fiz. Não fica perfeita, mas é melhor do que não ter nada, até o meu marido mudou.” (Ludimila)

“Quanto à reconstrução, considero que ela desempenhou um papel muito importante. Quando fui para a cirurgia, não queria acreditar que iria perder a mama. No próprio dia, acreditava que o médico iria abrir e que não seria necessário retirar a mama. Vi-me ao espelho, 4 dias após a cirurgia. Não foi fácil, a única coisa que me confortou foi o facto de a minha filha ter dito que a cirurgia estava muito bem-feita e a cicatriz bonita. Como já estava com o expansor, todas as semanas enchia-se um pouco. Fui me habituando e depois da prótese, já não era tão ruim. Sem a prótese é bem mais difícil, acho que todas as mulheres deveriam fazer a reconstrução.” (Juliana)

“No princípio eu não gostava de me ver ao espelho e também tinha pouco à vontade com o meu marido. Agora nem me lembro, para mim foi muito importante a reconstrução.” (Amanda)

“Acho que não sofri tanto com a cirurgia, pois um mês antes, tratei de tudo para a reconstrução. Um mês após a cirurgia coloquei o expansor e quando tinha o tamanho que desejava coloquei a prótese. Algumas pessoas perguntaram-me porque é que, com a minha idade, eu iria fazer a reconstrução. Que diferença faria ter ou não uma mama. Mas fi-la. Por mi. Eu sei que na minha cabeça faria diferença não ter uma mama e assim, quando tive a opção de fazer a reconstrução não tive dúvidas em tirar toda a mama, pois iria colocar outra no seu lugar. Sem dúvida foi a melhor coisa que fiz. Acho que todas as mulheres deveriam fazer a reconstrução, não pelos outros mas por elas.” (Janaina)

“Quanto à reconstrução, foi muito boa. Antes não tinha coragem de me ver ao espelho. Afinal colocar algo que não é nosso (prótese) é muito difícil. Tirar e colocar um objecto que não pertence ao nosso corpo é muito triste. Agora é diferente, é mesmo minha. Na própria reconstrução utilizou-se o músculo da minha barriga é mesmo parte do meu corpo (chora).” (Cláudia)

Antigamente, o senso comum associava o cancro aos inibidos, aos perdedores e aos que mereciam punição. Todavia, ainda hoje, esses preconceitos existem e que facilmente pode ser testemunhado com o relato de Helena:

“O meu braço inchou e tenho que usar a manga. Um dia perguntaram-me o que tinha acontecido com o meu braço, ao qual eu respondi que era uma longa história. Quando cheguei a casa, o meu marido disse que da próxima vez que isso acontecesse deveria dizer que tinha partido o braço. Antigamente dizia-se que o cancro era um castigo de Deus. Acho que é por isso que ele não quer que ninguém saiba que tive um cancro, não quer que ninguém saiba que fomos castigados.”

V – CONCLUSÃO

Elaborar este trabalho permitiu-me ter um conhecimento mais abrangente da patologia mamária, assim, como uma melhor compreensão do que aconteceu ao nível da imagem corporal e do relacionamento conjugal após uma cirurgia tão agressiva como é a mastectomia radical. Com o desenvolvimento dos tratamentos médicos, a doença oncológica passou a ser encarada como uma doença crónica levantando questões relacionadas com a sobrevivência e a qualidade de vida do paciente. Desta forma, torna-se fundamental ajudar o paciente a viver com a sua enfermidade, com os efeitos colaterais dos tratamentos, assim como, com as questões pessoais, sociais e profissionais provenientes da possível incapacidade da doença (Costa, 2006).

Segundo Costa (2006), as diversas intervenções psicossociais no campo da oncologia traduzem-se na possibilidade de aumentar as competências e estratégias para lidar com a doença, alterar as reacções emocionais ao diagnóstico e aos tratamentos que se reflectirão numa mudança de atitude por parte da paciente.

O objectivo da intervenção psicológica com essas mulheres passa primeiramente por conhecer as características individuais das pacientes e dotá-las de ferramentas adequadas para agir frente ao seu problema. Facilita-se então, a superação do processo de forma mais eficaz, com o menor custo possível. E isto, só será imaginável, quando os psicólogos conseguirem olhar para o sujeito da doença, em vez de focar a doença do mesmo.

Do ponto de vista biomédico, prolongar a vida, deixou de ser considerada a única medida de sucesso em oncologia, tornou-se parte integrante dos cuidados oncológicos os aspectos relacionados com a vertente social, económica, legal, espiritual, em suma com a qualidade de vida.

Findo os tratamentos muitas mulheres celebram, outras tornam-se ansiosas com medo da recidiva, como se tivessem perdido uma protecção contra o cancro (Vacek, Winstead-Fry; Secker-Walker; Hooper & Plante, 2003). Segundo Solana (2005) há um número elevado de mulheres que ultrapassam aparentemente bem o tempo de diagnóstico, tratamentos, hospitalizações, não demonstrando sinais de angústia, sofrimento ou fragilidade psíquica. Todavia, depois de cessar os tratamentos começam a surgir alterações emocionais intensas, o que se traduz por um pedido de ajuda para o seu sofrimento.

Maturana (1999) ressalta a importância das emoções nas nossas vidas. Afirma que todos os nossos actos são baseados em emoções, que as nossas emoções influenciam toda a nossa visão da realidade e, conseqüentemente, os nossos actos.

É fundamental conhecer o paciente, a sua cultura, a sua história, as suas angústias e os seus anseios, ampliando o seu olhar de psicólogo, não somente para o corpo, mas também para a história de vida do paciente, escrita no corpo e na alma. É capital olhar, respeitar, amar e aprender com a paciente. Desta forma, esse período pode ser encarado como uma oportunidade de crescimento. Pelo simples facto de cada mulher ser única e de cada doença ter a sua história particular, torna-se particularmente importante levá-la a reflectir sobre a sua existência, procurando respostas que proporcionem o seu crescimento. Quando esta mulher conseguir reencontrar o seu significado e a sua importância no mundo, provavelmente decidirá lutar pela sua vida e pela sua realização pessoal, o que contribuirá positivamente para a recuperação da doença.

A tecnologia é criada pelo homem e para servir o homem, mas ela só faz sentido se for feita e recebida por um ser humano completo, ou seja, racional – porque pensa, porque raciocina, porque descobre – e espiritual – porque sente, porque ama, porque integra e se entrega. Sem essa comunhão o ser humano perde-se. Acumula saber, mas perde-se no meio dele. Ultrapassa problemas mas não sabe viver com as soluções. É a integração plena dos dois lados do individuo o objectivo e o subjectivo, que lhe permite não só perceber mas também usufruir, não só compreender mas também integrar, não só agir mas também intervir, não só sobreviver mas também viver. (Tavares, 2003).

Parafrazeando Tavares, viver com cancro da mama é mais difícil que sobreviver ao cancro da mama, com todo o desenvolvimento da medicina, nos dias de hoje, não é difícil sobreviver ao cancro. Porém, depois de ultrapassar essa etapa, não se consegue que essas sobreviventes vivam e não apenas sobrevivam. Desta forma, acredito ser oportuno a identificação dos sentimentos/comportamentos e expectativas da mulher na presença do cancro da mama. Mesmo não conseguindo comprovar a existência de uma diferença significativa em relação às diferentes variáveis estudadas, foi fácil identificar, através do discurso dessas mulheres, que o sofrimento estava presente, e que este, estava relacionado com a percepção que a mulher tem de si como portadora de cancro da mama e com a reformulação e criação de uma nova identidade.

Referindo-se às limitações do presente estudo, a primeira, e mais importante, prende-se com o reduzido tamanho da amostra e ao facto de não se terem conseguido cumprir os objectivos inicialmente definidos.

Devido ao número restrito da amostra, não podemos generalizar os dados ao restante da população, a fim de estarmos mais próximos da realidade. Porém, trata-se de uma população com difícil acesso, ainda mais quando os assuntos a serem abordados, são por si só, difíceis de verbalizar.

V - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Braz, M.M. (2001). *Aprendendo com o câncer de mama: percepções e emoções de pacientes e professores de fisioterapia*. Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade Federal de Santa Catarina.

Campino, A. (2002). A abordagem da sexualidade no atendimento a jovens. *IV Conferência de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. ISPA: Lisboa.

Costa, J. (2006). Intervenção psicossocial na doença de foro oncológico. *Actas do 6º congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPA: Lisboa.

Conte, B. (2004). *Interfaces da psicologia com a saúde*. Paço Fundo: São Paulo.

Dias, M.R., Manuel, P., Xavier, P. & Costa, A. (2002). *O cancro de mama no “seio” da família*. In M.R. Dias & E. Durá. *Territórios da psicologia oncológica*. 303-320. Climepsi: Lisboa.

Dolto, F. (1984). *A imagem inconsciente do corpo*. Perspectiva: São Paulo.

Duarte, T. & Andrade, A. (2003). Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 155-163. Universidade Federal do Espírito Santo.

Estapé, T. (2001). Disfunciones sexuales en pacientes de câncer. In Dias, M.R. & Durá, E. (Eds.) *Territórios da psicologia oncológica* (pp. 235-263). Climepsi: Lisboa.

Fernandes, S.M. (2000). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica breve em mulheres com cancro da mama*. Dissertação de mestrado Apresentada a Universidade do Minho: Braga.

Garcia, T.S. (1996). *Perturbação da Imagem Corporal na Anorexia Nervosa*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.

Gimenes, M.G. & Fávero, M.H (2000). *A mulher e o câncer*. Livro Pleno: Campinas.

Gomes, R. (1987). *Manual de oncologia básica*. Revinter: Campinas.

Hopwood, P. (1993). The assessment of body image in cancer patients. *European Journal of cancer*, 29A (2), 276- 281.

Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A. & Al Ghazal, S. (2001). A body image escale for use with cancer patients. *European Journal of cancer*, 37 (2), 189-197.

- Jacobsen, P., Roth, A. & Holland, J. (1998). Sugery. In J. Holland, *Psycho-oncology* pp. 380. Oxford University: New York.
- Kaplan, H.S. (1999). Transtornos de desejo sexual. Artmed: Porto Alegre.
- Lim, J. (1995). Sexuality of woman afther mastectomy. *Annals of the Academy of Medicine*, 25 (5), 660-662. Cingapura.
- Maroco, J. & Bispo, R. (2003). *Estatística aplicada às ciências sociais e humanas*. Climepsi: Lisboa.
- Maturana, H.R. (1999). *Emoções e linguagem na educação e na política*. UFMG: Belo Horizonte.
- Minayo, M.C.S. (1996). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Hucitec-Abrasco: São Paulo.
- Melo, V., Leal, I. & Maroco, J. (2006). Estudo preliminar de um questionário de PTSD em mulheres sobreviventes de cancro da mama. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPA: Lisboa.
- Menezes, R.A.(2004). Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos. Fiocruz: Rio de Janeiro.
- Morais, M.C. (2004). Câncer de mama – Aspectos psicológicos. *Racine* 32 (4) 80-89.São Paulo.
- Movimento Vencer e Viver (1998). *Quimioterapia... um guia para os doentes com cancro*: Folheto informativo.
- Movimento Vencer e Viver (1998). *Radioterapia... e o tratamento do cancro da mama*: Folheto informativo.
- Narciso, I. (1995). Metamorfose do amor e da satisfação conjugal. *Cadernos de consulta psicológica*, 10/11 129-139.
- Narciso, I. & Costa, M. (2002). Percursos de mudança na qualidade – fragmentos de um estudo sobre conjugalidades satisfeitas. *Cadernos de consulta psicológica*, 17/18 181-195.
- Nasio, J.D. (1995). *Lições sobre os sete conceitos cruciais da psicanálise*. Zahar: Rio de Janeiro.
- Nasio, J.D. (1997). *O livro da dor e do amor*. Zahar: Rio de Janeiro.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o cancro de mama*. Climepsi: Lisboa.

Oiz, B. (2005). Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. *An. Sist. Sanit. Navar.* 28 (2) 19-26. Hospital San Juan de Dios: Pamplona.

Pereira, V. & Mestre, L. (1997). *Senologia prática*. Glaxowellcome: Lisboa.

Pinto, A. C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Jornal de psicologia:Porto.

Pinto, C. & Ribeiro, J.P. (2006). Sobrevivência de cancro: Análise do conceito. *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia de Saúde*, 415- 420. ISPA: Lisboa.

Piscalho, I. & Leal, I. (2002). Promoção e educação para a saúde: educação da sexualidade nas escolas. *IV Conferência de Psicologia nos Cuidados de Saúde Primários*. ISPA: Lisboa.

Pitanguy, I. (1992). *Aspectos fisiológicos e psicossociais da cirurgia plástica*. In: Filho, J.M. (1992). *Psicossomática hoje*. 264-272. Artmed: Porto Alegre.

Raimundo, A. (2003). *Qualidade de Vida, Suporte Social e Satisfação Sexual em Mulheres com Incontinência Urinária*. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde. ISPA: Lisboa.

Ramos, A.S. & Patrão, I. (2005). Imagem corporal: Impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica* 23 (3), 295-304.

Regis, M.F. & Simões, M.F (2005). Diagnostico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Revista Electrónica de Enfermagem* 7 (1), 81-86 consultado em 29 de Setembro de 2008 através de <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>

Ribeiro, J.L.P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde*. Climepsi: Lisboa.

Silva, C.N. (2000). *Como o câncer (dê)estrutura a família*. Annablume: São Paulo.

Silva, G.C. (2007). *Promoção da saúde e câncer de mama: um olhar a mais*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Franca: São Paulo.

Schilder, P.. (1999). *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. Martins Fontes: São Paulo.

Soares, A.O & lobo, R.C (2007). Do imaginário ao simbólico: o desabamento do sujeito frente à doença oncológica. *Epistema-Somática* 4 (1) 41-49.

Solana, C.A. (2005). Aspectos psicológicos en el paciente supervivente. *Oncologia*, 28 (3), 151-163.

Tavares, E.M. (2003). *Transplantação Pulmonar: como se sobrevive a uma morte anunciada?* Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.

Tavares, L. M. (1990). *Depressão e relacionamento conjugal durante a gravidez e o pós parto*. Monografia de fim curso apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada: Lisboa.

Tessaro, S. (1999). Epidemiologia do câncer de mama. *Câncer de mama: abordagem multidisciplinar* 1-11. Revinter: Rio de Janeiro.

Torres, A. (2002). Casamento: conversa a 2 vozes e em 3 andamentos. *Análise social* 37 (163) 569-602.

Vacek, P.M.; Winstead-Fry, P.; Secker-Walker, R.H.; Hooper, G.J. & Plante, D.A. (2003). Factors influencing quality of life in breast cancer survivors. *Quality of Life Research*, 12 (5), 527-537.

Venâncio, J.L. (2004). Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 50 (1), 55-63.

Vianna, A.M. (2004). Avaliação Psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um Estudo Piloto. *Estudos de Psicologia Campinas* 21 (3), 203-210.

Volich, R.M. (1995). O eclipse do seio na obra freudiana. *Percurso – revista de psicanálise*: São Paulo.

Wanderley, K.S. (1994). Aspectos psicológicos do câncer de mama. *Introdução a psicologia*, 95-101. Psyll: São Paulo.

Whit, J. & Wilson, J. (1997). Brachytherapy and breast cancer. *Seminars in surgical oncology*, 13, 190-195.

Zecchin, R.N. (2004). *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. Casa do Psicólogo: São Paulo.

Anexos

Anexo A

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

TERMO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____
certifico-me que concordo em participar voluntariamente na investigação científica que se encontra a efectuar no âmbito do mestrado em psicologia clínica, no Instituto Superior de Psicologia Aplicada Lisboa.

A investigação, assim como a minha participação foi-me definida e inteiramente explicada pela aluna Patricia Borges de Souza.

Tive a oportunidade de formular as questões que achei oportunas, as quais me foram respondidas satisfatoriamente.

Percebo que os procedimentos desta investigação não têm qualquer risco.

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.

Assinatura da participante:

Patricia Borges de Souza:

Anexo B

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Este estudo pretende contribuir de alguma forma para a compreensão e melhor conhecimento dos problemas emocionais e afectivos, vividos por mulheres mastectomizadas. As suas respostas vão contribuir para um melhor entendimento sobre a forma como as mulheres mastectomizadas lidam com a sua imagem corporal, se houve mudanças no relacionamento conjugal depois da intervenção cirúrgica e reflectir sobre o efeito da reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. Desta forma, gostaríamos de saber alguns dados a seu respeito, **sem que isso quebre o sigilo da sua identidade**. Por favor preencha o melhor que for capaz, sem deixar nenhuma questão em branco. A nossa conversa é confidencial e anónima, tendo como único objectivo a realização deste estudo.

1. Idade _____
2. A localidade e o Distrito onde reside: _____
3. Habilitações Literárias: _____
4. Em termos profissionais presentemente encontra-se:
 1. Empregada _____
 2. Desempregada _____
 3. Reformada _____
 4. De Baixa _____
5. Estado Civil quando a doença foi diagnosticada _____
6. Estado Civil Actual _____
7. Há quantos anos foi diagnosticado o cancro? _____
8. Há quantos anos foi submetida a cirurgia? _____
9. Qual foi a mama mastectomizada? _____
10. Há quanto tempo fez a reconstrução mamária? _____

Anexo C

ESCALA DA IMAGEM CORPORAL “COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO”

ESCALA DE IMAGEM CORPORAL

“*COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO*”

Esta escala foi construída por P. Palhinhas, A. Tapadinhas e J. Ribeiro em 2000, com base na Escala de Imagem Corporal (A. Gomes, E. Viena & H. Firmino) e na *Body Image Scale* (P. Hopwood, I. Fletcher, A. Lee & S. Ghazal). Pretende avaliar a imagem corporal da mulher, nomeadamente o corpo pré-mórbido (valor atribuído ao corpo no geral) e ao corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente).

As respostas são obtidas através de uma escala tipo Likert onde, sob a forma de afirmações, se pede à mulher que diga o grau de concordância sentido, em alguns dos aspectos que consideramos importantes, relativamente ao seu corpo, como se relaciona com o corpo e como valoriza a sua aparência.

Foi feito um pré-teste com doentes com cancro da mama, incluindo mulheres sem escolaridade com escolaridade média e superior, de forma a assegurar a compreensibilidade dos itens.

A primeira parte da Escala cota-se na ordem crescente:

- Não Concordo = 1;
- Concordo Pouco = 2;
- Concordo Moderadamente = 3;
- Concordo Bastante = 4.

A segunda parte da Escala cota-se na ordem decrescente:

- Não = 4;
- Um Pouco = 3;
- Moderadamente = 2;
- Bastante = 1.

Assim, quanto melhor for a relação com a imagem corporal mais elevado será o score final da escala.

COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Com estas questões pretendemos saber como valoriza o seu corpo e a sua aparência.
Leia cuidadosamente cada um dos itens e coloque uma cruz na alternativa de resposta que mais se adequa ao que sente.

Em que medida concorda com as seguintes afirmações:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina".				
2. O corpo é importante na relação entre o homem e a mulher.				
3. Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo.				
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.				
5. Olho com agrado para o meu corpo.				
6. Valorizo a imagem do meu corpo.				
7. Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam.				

Tendo em conta o processo de mudança resultante da sua doença e/ou tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:

	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência.				
2. Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.				
3. Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento.				
4. Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.				
5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.				
6. Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto.				
7. Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz.				

Obrigado pela sua colaboração

Anexo D

ESCALA DE RELACIONAMENTO CONJUGAL “ERC”

Escala de Relacionamento Conjugal

Muitas pessoas têm divergências nas suas relações. Por favor, indique no quadro abaixo o valor aproximado de acordo e desacordo entre si e o seu marido ou companheiro por cada uma das alíneas da lista seguinte:

	Sempre de acordo	Quase sempre de acordo	Por vezes em desacordo	Frequentemente em desacordo	Quase sempre em desacordo	Sempre em desacordo
1. Finanças familiares						
2. Formas de distração						
3. Assuntos religiosos						
4. Demonstrações de afecto						
5. Amigos						
6. Relações sexuais						
7. Comportamentos sociais adequados ou convencionais						
8. Filosofia de vida						
9. Relações com pais ou sogros						
10. Intenções, objectivos e coisas que se crêem importantes						
11. Tempo que passam juntos						
12. Tomada de decisões importantes para o casal						
13. Tarefas domésticas						
14. Tempo de actividades de lazer						
15. Decisões profissionais						

	Sempre	A maior parte do tempo	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
16. Com que frequência discutem ou consideram o divórcio ou fim da relação?						
17. Com que frequência você ou o seu par saem de casa após uma discussão?						
18. Geralmente com que frequência pensa que a relação com o seu par vai bem?						
19. Confia no seu par?						
20. Alguma vez se arrependeu de ter casado ou de viver junto?						
21. Com que frequência você e o seu cônjuge, companheiro(a) discutem?						
22. Com que frequência implicam um com o outro?						

	Todos os dias	Quase todos os dias	Ocasionalmente	Raramente	Nunca
23. Costuma beijar o seu par?					

	Todos	A maior parte	Alguns	Poucos	Nenhum
24. Você e o seu cônjuge tomam parte em interesses exteriores comuns?					

Com que frequência diria que os seguintes acontecimentos ocorrem entre os dois?

	Nunca	Menos de uma vez/mês	Uma/duas vezes/mês	Uma/duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais frequentemente
25. Têm uma troca de ideias proveitosa						
26. Riem juntos						
27. Discutem algo calmamente						
28. Trabalham juntos num projecto						

Existem assuntos acerca dos quais os casais às vezes concordam e por vezes discordam. Indique se alguma das alíneas abaixo apontadas causou diferenças de opinião ou foram problemas na vossa relação durante as duas últimas semanas.

(Responda Sim ou Não)

	Sim	Não	
29.			Estar demasiado cansado para ter relações sexuais
30.			Não demonstrar amor

31. As marcas na linha abaixo representam, diferentes graus de felicidade na vossa relação. A marca média “feliz” representa o grau de felicidade da maioria das relações.

Por favor, faça um círculo à volta da marca que melhor descreve o grau de felicidade, considerando todas as coisas na vossa relação.



32. Qual das seguintes declarações melhor descreve o seu sentimento em relação ao futuro da vossa relação?

- Eu quero desesperadamente que a minha relação resulte e irei até onde for necessário para que isso aconteça.
- Eu quero muito que a minha relação resulte e farei tudo o que eu puder para que isto aconteça
- Eu quero muito que a minha relação resulte e farei a minha parte para que isso aconteça.
- Seria bom que a minha relação resultasse, mas não posso fazer mais do que faço para que ela resulte
- Seria bom que a minha relação resultasse, mas recuso-me a fazer mais do que faço agora para a manter
- A minha relação não pode nunca ter sucesso e não há mais nada que eu possa fazer para que ela resulte

Spanier, G. B. (1976)

Tradução portuguesa: Tavares, L. (1990)

Anexo E

AUTORIZAÇÃO DRA. BÁRBARA CONDE

De: **Bárbara Conte** (barbara.conte@globo.com)
Enviada: terça-feira, 18 de março de 2008 2:12:41
Para: patricia_de_souza@hotmail.com

Anexos: [O Universo Feminino e a Hospitalização.doc \(63,4 KB\)](#), [Trabalho Belo Horizonte Psicossomática-revisado.doc \(41,6 KB\)](#), [Congresso Imama.doc \(69,8 KB\)](#)

Patrícia,
te encaminho os meus textos sobre câncer de mama. O primeiro trabalho está para ser publicado em uma revista em Belo Horizonte e o segundo foi publicado no livro Interfaces da Psicologia com a Saúde. Universidade de Passo Fundo Editora. Silvana Alba Scortegagna e Clomara Ribeiro Benincá (org.) 2004.
Espero que te seja útil. Atualmente estamos desenvolvendo uma pesquisa sobre as implicações psicológicas na etiologia do câncer de mama. Se for do teu interesse posso te repassar alguns dados preliminares.
Abraço,
Bárbara

Anexo F

AUTORIZAÇÃO PROF. DR. JORGE PIMENTA

De: **Jorge Pimenta** (jorgepi@terra.com.br)

Enviada: sexta-feira, 15 de fevereiro de 2008 23:47:55

Para: Patricia Souza (patricia_de_souza@hotmail.com)

Anexos: [TEIXEIRA, Leônia C. - Um corpo que doi, consid. clin. psican dos fps.pdf \(60,0 KB\)](#), [AURELIANO, Waleska de A. - Sentir na pele, disc s. emoção e subjetividade.pdf \(117,6 KB\)](#), [BRAZ, Melissa M. - Aprender com o CA de mama.pdf \(193,4 KB\)](#), [DA SILVA, Guilherme C. F. - Promoção de saúde e CA de mama.pdf \(143,3 KB\)](#), [GOLTBLIATAS, Renata - Aspectos emocionais do CA de mama.pdf \(11,0 KB\)](#), [LÔBO; SANTOS; DOURADO & DE LUCIA - Crenças rel. ao proc. adoec. e cura.pdf \(88,4 KB\)](#), [PATRÃO, I. & LEAL, I. - Abordagem do impacto no adoecer da mama.pdf \(64,8 KB\)](#), [SOARES & LÔBO - Do imaginário ao simbólico - o desab. do suj. doença onc..pdf \(88,6 KB\)](#)

Olá Patrícia, como tem passado? Por aqui muito trabalho... no hospital, no consultório e na Escola Brasileira de Psicanálise.

É um prazer voltar a contatar você. Que bom que os textos que te enviei tenha te ajudado. Seguem alguns textos: um deles é de autoras de Portugal (não as conheço). Entre os textos você vai localizar trabalhos que articulam a Psicanálise com a Antropologia. Espero que possam servir para o tema de sua investigação. Depois lhe remeto outros, ok?

Algum dia posso passar aí por Portugal e trocarmos idéias.

Com estima,

Jorge Pimenta.

Anexo G

AUTORIZAÇÃO DRA. ANA ROSA TAPADINHAS

Exma. Sra. Prof. Ana Rosa Tapadinhas,

Venho através desta, solicitar-lhe, que me envie, e autorize, a utilizar a Escala de Imagem Corporal “como me relaciono com o meu corpo”, adaptada pela professora em 1999.

O meu nome é Patricia Borges de Souza e sou estudante do 2º ano do Mestrado Integrado na área de Psicologia Clínica e Reabilitação Física. Neste momento, estou a realizar um projecto de investigação, no âmbito da minha dissertação, sob a orientação do Prof. Rui Aragão.

Pretendo com este estudo contribuir, de alguma forma, para um melhor conhecimento dos problemas emocionais e afectivos, vividos por mulheres mastectomizadas.

Para tal, considero pertinente, proceder à compreensão da forma como estas mulheres lidam com a sua imagem corporal e averiguar se ocorreram mudanças no relacionamento conjugal depois da intervenção cirúrgica.

Proponho-me, ainda, reflectir sobre o efeito da reconstrução mamária comparando mulheres mastectomizadas que fizeram reconstrução com aquelas que não fizeram.

Aguardo deferimento.

Grata pela atenção dispensada.

Subscrevo-me com as mais elevadas considerações.

Patricia Borges de Souza

916137434

De: **Ana Tapadinhas** (ana.tapadinhas@clix.pt)

Enviada: segunda-feira, 28 de janeiro de 2008 23:52:47

Para: Patricia Souza (patricia_de_souza@hotmail.com)

Anexos: [ESCALA DE IMAGEM CORPORAL.pdf \(19,6 KB\)](#)

Boa noite Patricia,

Dando resposta ao seu pedido, e após a nossa conversa telefonica, é com prazer que a informo que pode e deve usar a nossa escala de imagem corporal.

Junto envio a referida escala e a informação anexa e referente à sua cotação.

Bom trabalho

Ana Tapadinhas

On Sáb Jan 26 17:30 , Patricia Souza sent:

Anexo H

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DA AMOSTRA

Exmo. Sr. Presidente da _____

O meu nome é Patricia Borges de Souza e sou estudante do 5º ano de Psicologia Clínica no I.S.P.A. Neste momento, estou a realizar um projecto de investigação do Mestrado, sob a orientação do Dr. Rui Aragão, pretendo com esse estudo contribuir de alguma forma para a compreensão e melhor conhecimento dos problemas emocionais e afectivos, vividos por mulheres mastectomizadas. a forma como estas lidam com a sua imagem corporal, se houve mudanças no relacionamento conjugal depois da intervenção cirúrgica e reflectir sobre o efeito da reconstrução mamária comparando mulheres mastectomizadas que fizeram reconstrução, daquelas que não fizeram. Para este efeito, peço autorização ao Exmo. Sr. Presidente, para entrar em contacto com as mulheres mastectomizadas que recorrem ao apoio desta Associação. Após estabelecido este contacto, será devidamente explicada toda a investigação, e mediante o acordado, as mulheres em causa, serão livres de assinar ou não, um termo de consentimento para o seu envolvimento nesta investigação.

Aguardo deferimento.

Grato pela atenção dispensada.

Subscrevo-me com as mais elevadas considerações.

Patricia Borges de Souza

(916137434)

Dr. Rui Aragão

Anexo I

POEMA

...Cometas e Estrelas...

Há pessoas estrelas. Há pessoas cometas. Os cometas passam. Apenas são lembrados pelas datas que passam e retornam. As estrelas permanecem.

Há muita gente cometa. Passam pela vida da gente apenas por instantes, não prendem ninguém e a ninguém se prende. Gente sem amigos. Que passa pela vida sem iluminar, sem aquecer, sem marcar presença.

Importante é ser estrela. Marcar presença. Ser Luz, Calor, Vida.

Amigos são estrelas. Podem passar os anos, surgir distância, mas a marca fica no coração.

Ser cometa não é ser amigo. É ser companheiro por instantes. Explorar sentimentos. Aproveitar das pessoas e das situações. É fazer acreditar e desacreditar ao mesmo tempo.

A solidão é um resultado de uma vida de cometa. Ninguém fica. Todos passam. E a gente também passa pelos outros.

Há necessidade de criar um mundo de estrelas. Todos os dia poder vê-las e senti-las. Todos os dias poder contar com elas.

Todos os dias ver sua luz e seu calor. Assim são os amigos. Estrelas na vida da gente. Pode-se contar com eles. Eles são aragem nos momentos de tensão. Luz nos momentos escuros. Pão nos momentos de fraqueza. Segurança nos momentos de desânimo.

Olhando os cometas é bom não se sentir como eles. Nem desejar Prender-se em sua calda. Olhando os cometas é bom sentir-se estrela. Marcar presença. Ter vivido e construído uma História pessoal. Ter sido luz para muitos amigos. Ter sido calor para muitos corações.

Ser estrela nesse mundo passageiro, neste mundo cheio de pessoas cometas, é um desafio, mas acima de tudo uma recompensa.

Desejo que o brilho de cada uma de vocês, nunca se cesse e que juntas vocês possam formar uma associação de estrelas, repleta de força, encantamento e luz.

Acreditem sempre, que o brilho de cada sonho irá inspirar novos sonhos e muitas, muitas realizações...

Um grande abraço, e muito obrigada por ter participado desta investigação

Patricia Borges de Souza

Anexo J

OUTPUT

Idade

		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Validade	[32-43[	2	8,0	8,0	8,0
	[44-55[	15	60,0	60,0	68,0
	[56-67[	8	32,0	32,0	100,0
Total		25	100,0	100,0	

Distrito de residência

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Validade	Lisboa	7	28,0	28,0	28,0
	Santarém	15	60,0	60,0	88,0
	Portalegre	3	12,0	12,0	100,0
	Total	25	100,0	100,0	

Habilitações literárias

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Validade	4º Ano	7	25,9	25,9	25,9
	6º Ano	4	14,8	14,8	40,7
	9º Ano	5	18,5	18,5	59,3
	12º Ano	2	7,4	7,4	66,7
	Licenciatura	8	29,6	29,6	96,3
	Mestrado	1	3,7	3,7	100,0
	Total		27	100,0	100,0

Situação profissional

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Empregada	10	37,0	37,0	37,0
	Desempregada	2	7,4	7,4	44,4
	Reformada	14	51,9	51,9	96,3
	De baixa	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Estado civil

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Casada	24	88,9	88,9	88,9
	Solteira	1	3,7	3,7	92,6
	Divorciada	2	7,4	7,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tempo em que foi submetida a cirurgia

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	[0-4 anos [	15	55,6	55,6	55,6
	[5-9anos [	6	22,2	22,2	77,8
	[10-14 anos]	6	22,2	22,2	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Se tem ou não reconstrução

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Reconstrução	10	37,0	37,0	37,0
	Sem reconstrução	17	63,0	63,0	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Considero que o meu corpo é uma expressão do ser feminina

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Não concordo	2	7,4	7,4	7,4
	Concordo pouco	1	3,7	3,7	11,1
	Concordo moderadamente	3	11,1	11,1	22,2
	Concordo bastante	21	77,8	77,8	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

O corpo é importante na relação entre o homem e a mulher

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo pouco	2	7,4	7,4	7,4
	Concordo moderadamente	6	22,2	22,2	29,6
	Concordo bastante	19	70,4	70,4	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo pouco	2	7,4	7,4	7,4
	Concordo moderadamente	14	51,9	51,9	59,3
	Concordo bastante	11	40,7	40,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

O meu parceiro gosta do meu corpo

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Não concordo	1	3,7	3,7	3,7
	Concordo pouco	3	11,1	11,1	14,8
	Concordo moderadamente	7	25,9	25,9	40,7
	Concordo bastante	13	48,1	48,1	88,9
	Não respondeu	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Olho com agrado para o meu corpo

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Não concordo	3	11,1	11,1	11,1
	Concordo pouco	2	7,4	7,4	18,5
	Concordo moderadamente	14	51,9	51,9	70,4
	Concordo bastante	8	29,6	29,6	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Valorizo a imagem do meu corpo

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Não concordo	1	3,7	3,7	3,7
	Concordo pouco	1	3,7	3,7	7,4
	Concordo moderadamente	12	44,4	44,4	51,9
	Concordo bastante	12	44,4	44,4	96,3
	Não respondeu	1	3,7	3,7	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Procuo disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Não concordo	2	7,4	7,4	7,4
	Concordo pouco	2	7,4	7,4	14,8
	Concordo moderadamente	7	25,9	25,9	40,7
	Concordo bastante	16	59,3	59,3	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	9	33,3	33,3	33,3
	Concordo moderadamente	3	11,1	11,1	44,4
	Concordo pouco	8	29,6	29,6	74,1
	Não concordo	7	25,9	25,9	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Sinto-me menos atraente, como resultado da minha doença e/ou tratamento

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	10	37,0	37,0	37,0
	Concordo moderadamente	6	22,2	22,2	59,3
	Concordo pouco	6	22,2	22,2	81,5
	Não concordo	5	18,5	18,5	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tenho-me sentido menos feminina , como resultado da doença e/ou tratamento

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	15	55,6	55,6	55,6
	Concordo moderadamente	1	3,7	3,7	59,3
	Concordo pouco	8	29,6	29,6	88,9
	Não concordo	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua

		Frequência	Percentag em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	12	44,4	44,4	44,4
	Concordo moderadamente	3	11,1	11,1	55,6
	Concordo pouco	9	33,3	33,3	88,9
	Não concordo	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença/tratamento

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	9	33,3	33,3	33,3
	Concordo moderadamente	6	22,2	22,2	55,6
	Concordo pouco	9	33,3	33,3	88,9
	Não concordo	3	11,1	11,1	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	8	29,6	29,6	29,6
	Concordo moderadamente	5	18,5	18,5	48,1
	Concordo pouco	4	14,8	14,8	63,0
	Não concordo	10	37,0	37,0	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz

		Frequência	Percentagem em	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Valida de	Concordo bastante	11	40,7	40,7	40,7
	Concordo moderadamente	2	7,4	7,4	48,1
	concordo pouco	8	29,6	29,6	77,8
	não concordo	6	22,2	22,2	100,0
	Total	27	100,0	100,0	

finanças familiares

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	1	3,7	4,0	8,0
	3	4	14,8	16,0	24,0
	4	10	37,0	40,0	64,0
	5	9	33,3	36,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

formas de distração

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	1	3,7	4,0	8,0
	2	1	3,7	4,0	12,0
	3	7	25,9	28,0	40,0
	4	7	25,9	28,0	68,0
	5	8	29,6	32,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

assuntos religiosos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	2	7,4	8,0	8,0
	2	1	3,7	4,0	12,0
	3	4	14,8	16,0	28,0
	4	7	25,9	28,0	56,0
	5	11	40,7	44,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

demonstração de afecto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	2	7,4	8,0	8,0
	2	1	3,7	4,0	12,0
	3	1	3,7	4,0	16,0
	4	11	40,7	44,0	60,0
	5	10	37,0	40,0	100,0
	Total		25	92,6	100,0
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

amigos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	2	3	11,1	12,0	16,0
	3	3	11,1	12,0	28,0
	4	7	25,9	28,0	56,0
	5	11	40,7	44,0	100,0
	Total		25	92,6	100,0
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

relações sexuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	2	7,4	8,0	8,0
	1	4	14,8	16,0	24,0
	2	1	3,7	4,0	28,0
	3	2	7,4	8,0	36,0
	4	7	25,9	28,0	64,0
	5	9	33,3	36,0	100,0
Total		25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

comportamentos sociais adequados ou convencionais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	2	1	3,7	4,0	8,0
	3	3	11,1	12,0	20,0
	4	10	37,0	40,0	60,0
	5	10	37,0	40,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

filisofia de vida

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	1	3,7	4,0	8,0
	3	7	25,9	28,0	36,0
	4	7	25,9	28,0	64,0
	5	9	33,3	36,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

intenções, objectivos e coisas que se creem importantes

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	3,7	4,0	4,0
	3	3	11,1	12,0	16,0
	4	11	40,7	44,0	60,0
	5	10	37,0	40,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

relações com pais ou sogros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	3,7	4,0	4,0
	2	1	3,7	4,0	8,0
	3	6	22,2	24,0	32,0
	4	8	29,6	32,0	64,0
	5	9	33,3	36,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

tempo que passam juntos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	2	7,4	8,0	8,0
	2	1	3,7	4,0	12,0
	3	4	14,8	16,0	28,0
	4	9	33,3	36,0	64,0
	5	9	33,3	36,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

tomada de decisões importante para o casal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	3,7	4,0	4,0
	2	1	3,7	4,0	8,0
	3	2	7,4	8,0	16,0
	4	9	33,3	36,0	52,0
	5	12	44,4	48,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

tarefas domesticas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	3	11,1	12,0	16,0
	2	1	3,7	4,0	20,0
	3	6	22,2	24,0	44,0
	4	6	22,2	24,0	68,0
	5	8	29,6	32,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	System	2	7,4		
Total		27	100,0		

tempo de actividades de lazer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	7,4	8,0	8,0
	1	1	3,7	4,0	12,0
	2	1	3,7	4,0	16,0
	3	5	18,5	20,0	36,0
	4	9	33,3	36,0	72,0
	5	7	25,9	28,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	System	2	7,4		
Total		27	100,0		

decisões profissionais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	1	3,7	4,0	8,0
	2	2	7,4	8,0	16,0
	3	3	11,1	12,0	28,0
	4	6	22,2	24,0	52,0
	5	12	44,4	48,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	System	2	7,4		
Total		27	100,0		

frequencia com que discutem ou consideram o divorcio o fim da relação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	2	2	7,4	8,0	8,0
	3	1	3,7	4,0	12,0
	4	8	29,6	32,0	44,0
	5	14	51,9	56,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

frequencia que você ou seu par saem de casa apos uma discussão

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	4	3	11,1	12,0	12,0
	5	22	81,5	88,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

frequencia com que pensa que a relação com o seu par vai bem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	8	29,6	32,0	32,0
	1	4	14,8	16,0	48,0
	2	1	3,7	4,0	52,0
	3	4	14,8	16,0	68,0
	4	3	11,1	12,0	80,0
	5	5	18,5	20,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

confia no seu par?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	3,7	4,0	4,0
	2	1	3,7	4,0	8,0
	3	1	3,7	4,0	12,0
	4	2	7,4	8,0	20,0
	5	20	74,1	80,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

alguma vez se arrependeu de ter casado ou de viver junto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	1	3,7	4,0	8,0
	3	3	11,1	12,0	20,0
	4	4	14,8	16,0	36,0
	5	16	59,3	64,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

frequencia com que você e o seu companheiro discutem

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	3,7	4,0	4,0
	2	1	3,7	4,0	8,0
	3	7	25,9	28,0	36,0
	4	16	59,3	64,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

frequencia com que implicam um com o outro

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	2	7,4	8,0	8,0
	2	2	7,4	8,0	16,0
	3	7	25,9	28,0	44,0
	4	13	48,1	52,0	96,0
	5	1	3,7	4,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

costuma beijar o seu par

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	1	1	3,7	4,0	4,0
	2	2	7,4	8,0	12,0
	3	5	18,5	20,0	32,0
	4	17	63,0	68,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

você e seu companheiro tomam parte em interesses exteriores comuns

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	1	3,7	4,0	4,0
	1	3	11,1	12,0	16,0
	2	5	18,5	20,0	36,0
	3	16	59,3	64,0	100,0
	Total	25	92,6	100,0	
Missing	Sy stem	2	7,4		
Total		27	100,0		

têm uma troca de ideias proveitosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	11,1	12,5	12,5
	1	2	7,4	8,3	20,8
	2	6	22,2	25,0	45,8
	3	1	3,7	4,2	50,0
	4	5	18,5	20,8	70,8
	5	7	25,9	29,2	100,0
	Total	24	88,9	100,0	
Missing	System	3	11,1		
Total		27	100,0		

riem juntos

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	3,7	4,2	4,2
	1	1	3,7	4,2	8,3
	2	1	3,7	4,2	12,5
	3	3	11,1	12,5	25,0
	4	4	14,8	16,7	41,7
	5	14	51,9	58,3	100,0
	Total	24	88,9	100,0	
Missing	System	3	11,1		
Total		27	100,0		

discutem algo calmamente

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	11,1	12,5	12,5
	1	2	7,4	8,3	20,8
	2	2	7,4	8,3	29,2
	3	7	25,9	29,2	58,3
	4	1	3,7	4,2	62,5
	5	9	33,3	37,5	100,0
	Total	24	88,9	100,0	
Missing	System	3	11,1		
Total		27	100,0		

trabalham juntos em um projecto

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	6	22,2	25,0	25,0
	1	8	29,6	33,3	58,3
	2	2	7,4	8,3	66,7
	3	2	7,4	8,3	75,0
	5	6	22,2	25,0	100,0
	Total	24	88,9	100,0	
Missing	Sy stem	3	11,1		
Total		27	100,0		

estar demasiado cansado para ter relações sexuais

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	6	22,2	26,1	26,1
	1	17	63,0	73,9	100,0
	Total	23	85,2	100,0	
Missing	Sy stem	4	14,8		
Total		27	100,0		

não demonstrar amor

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	0	9	33,3	39,1	39,1
	1	14	51,9	60,9	100,0
	Total	23	85,2	100,0	
Missing	Sy stem	4	14,8		
Total		27	100,0		

grau de felicidade considerado

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulativ e Percent
Valid	2	3	11,1	13,0	13,0
	3	9	33,3	39,1	52,2
	4	5	18,5	21,7	73,9
	5	5	18,5	21,7	95,7
	6	1	3,7	4,3	100,0
	Total	23	85,2	100,0	
Missing	Sy stem	4	14,8		
Total		27	100,0		

sentimento em relação ao futuro da vossa relação

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	7,4	8,7	8,7
	1	2	7,4	8,7	17,4
	2	2	7,4	8,7	26,1
	3	7	25,9	30,4	56,5
	4	8	29,6	34,8	91,3
	5	2	7,4	8,7	100,0
	Total	23	85,2	100,0	
Missing	System	4	14,8		
Total		27	100,0		

Corpo pré-mórbido

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,955	,339	-1,215	21	,238	-1,44615	1,19003	-3,92095	1,02864
Igualdade de variâncias não assumida			-1,275	20,828	,216	-1,44615	1,13412	-3,80588	,91357

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Até 4 anos	13	23,1538	3,21056
> 4 Anos	10	24,6000	2,22111

Corpo Mórbido

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	4,625	,041	1,239	25	,227	3,23333	2,61067	-2,14344	8,61011
Igualdade de variâncias não assumida			1,188	18,788	,250	3,23333	2,72107	-2,46628	8,93295

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Até 4 anos	15	19,7333	5,52225
> 4 Anos	12	16,5000	8,02836

Relacionamento conjugal total

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,782	,196	-2,152	21	,043	-14,39683	6,68925	-28,30789	-,48576
Igualdade de variâncias não assumida			-2,342	20,889	,029	-14,39683	6,14770	-27,18580	-1,60785

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Até 4 anos	14	107,7143	17,57371
> 4 Anos	9	122,1111	11,90005

Consenso Diádico

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,670	,421	-,346	23	,733	-1,70000	4,91824	-11,87416	8,47416
Igualdade de variâncias não assumida			-,310	12,856	,762	-1,70000	5,48341	-13,55973	10,15973

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
até 4 anos	15	50,0000	8,88819
> 4 anos	10	51,7000	15,74837

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	3,153	,090	-1,344	21	,193	-1,60317	1,19304	-4,08423	,87788
Igualdade de variâncias não assumida			-1,458	20,839	,160	-1,60317	1,09971	-3,89122	,68488

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Até 4 anos	14	8,2857	3,12382
> 4 Anos	9	9,8889	2,14735

Satisfação Diádica

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,050	,825	-,242	21	,811	-,42857	1,77248	-4,11464	3,25749
Igualdade de variâncias não assumida			-,242	17,343	,811	-,42857	1,76848	-4,15412	3,29698

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Até 4 anos	14	37,5714	4,16421
> 4 Anos	9	38,0000	4,12311

Coesão

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,514	,481	-1,416	22	,171	-3,31429	2,34092	-8,16907	1,54049
Igualdade de variâncias não assumida			-1,453	21,126	,161	-3,31429	2,28102	-8,05620	1,42763

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
até 4 anos	14	13,2857	5,97982
> 4 anos	10	16,6000	5,14674

Corpo pré-mórbido

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	5,347	,031	,261	21	,797	,33333	1,27936	-2,32725	2,99392
Igualdade de variâncias não assumida			,312	20,989	,758	,33333	1,06867	-1,88916	2,55583

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	8	24,0000	1,77281
sem reconstrução	15	23,6667	3,35233

Corpo Mórvido

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,194	,285	-,812	25	,425	-2,21765	2,73177	-7,84384	3,40854
Igualdade de variâncias não assumida			-,766	15,849	,455	-2,21765	2,89562	-8,36085	3,92556

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	10	16,9000	7,79530
Sem reconstrução	17	19,1176	6,26381

Relacionamento conjugal total

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,366	,551	,607	21	,550	4,94118	8,14274	-11,99258	21,87493
Igualdade de variâncias não assumida			,658	10,329	,525	4,94118	7,50552	-11,71027	21,59262

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	6	117,0000	15,05988
Sem reconstrução	17	112,0588	17,74990

Consenso Diadico

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,159	,293	-,479	23	,636	-2,47059	5,15290	-13,13018	8,18900
Igualdade de variâncias não assumida			-,380	8,692	,713	-2,47059	6,49554	-17,24437	12,30319

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	8	49,0000	17,37815
Sem reconstrução	17	51,4706	8,68992

Expressão de Afectos

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,440	,514	-,406	21	,689	-,55882	1,37643	-3,42127	2,30362
Igualdade de variâncias não assumida			-,379	7,858	,715	-,55882	1,47513	-3,97121	2,85357

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	6	8,5000	3,20936
Sem reconstrução	17	9,0588	2,79443

Satisfação Diádica

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	2,074	,165	,179	21	,860	,35294	1,97123	-3,74646	4,45234
Igualdade de variâncias não assumida			,151	6,836	,885	,35294	2,34145	-5,21084	5,91672

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	6	38,0000	5,29150
Sem reconstrução	17	37,6471	3,72393

Coesão Diádica

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	Df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,128	,300	,484	22	,633	1,27731	2,63822	-4,19403	6,74865
Igualdade de variâncias não assumida			,519	13,190	,612	1,27731	2,45909	-4,02748	6,58211

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Reconstrução	7	15,5714	5,19157
Sem reconstrução	17	14,2941	6,11110

Relacionamento conjugal total

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,603	,447	-,063	19	,951	-,50000	7,98845	-17,22001	,603
Igualdade de variâncias não assumida			-,059	12,585	,954	-,50000	8,53572	-19,00237	

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Valores baixos	12	112,8333	14,07017
Valores altos	9	113,3333	22,52221

Consenso Diádico

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	t	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,174	,681	-,360	20	,723	-1,90598	5,29263	-12,94622	,174
Igualdade de variâncias não assumida			-,383	19,932	,706	-1,90598	4,98291	-12,30241	

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Valores baixos	13	48,5385	13,58072
Valores altos	9	50,4444	9,78661

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,169	,686	-,214	19	,833	-,27778	1,29771	-2,99391	,169
Igualdade de variâncias não assumida			-,213	16,942	,834	-,27778	1,30644	-3,03485	

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Valores baixos	12	8,8333	2,88675
Valores altos	9	9,1111	3,01846

Satisfação

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	,128	,725	-,029	19	,977	-,05556	1,91558	-4,06490	,128
Igualdade de variâncias não assumida			-,028	15,855	,978	-,05556	1,95782	-4,20903	

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Valores baixos	12	37,8333	4,06388
Valores altos	9	37,8889	4,70225

Coesão

Tabela – Teste t de student

	Teste de Levene para a igualdade de variâncias		t-test para a igualdade de médias						
	F	Sig.	T	df	Sig. (bi-caudal)	Diferença média	Desv. Padrão da diferença	95% intervalo de confiança da dif.	
								Limite inferior	Limite superior
Igualdade de variâncias assumida	1,638	,215	-1,236	20	,231	-3,16239	2,55921	-8,50080	1,638
Igualdade de variâncias não assumida			-1,185	14,727	,255	-3,16239	2,66921	-8,86085	

Tabela - Estatísticas descritivas

	N	Média	Desvio Padrão
Valores baixos	13	13,6154	5,33133
Valores altos	9	16,7778	6,66667