



Miguel T. T. Leite
Neusa M. Schmidt
Waldemar M. Andrade

*Trabalho realizado nos Serviços
de Radioterapia e Psicologia da
Santa Casa de Misericórdia de
Belo Horizonte.*

ASPECTOS BIOPSIKOSSOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA

Rev bras Mastol 1996; 6:15-20

UNITERMOS

Câncer de mama;
Psicologia.

RESUMO

O propósito do presente estudo foi o de analisar, sob o ponto de vista da paciente, os efeitos biopsicossociais associados ao diagnóstico e ao tratamento do câncer inicial da mama, em 103 mulheres. Tratamento conservador foi empregado em 34 delas, e em 69 pacientes, mastectomia radical modificada. Os dois grupos receberam radioterapia pós-operatória. Pertenciam aos estágios clínicos I e II e foram analisadas a partir de 24 meses após o tratamento inicial. As pacientes tratadas conservadoramente se sentem menos mutiladas, mais satisfeitas com o resultado estético, e mais atraentes do ponto de vista sexual. Adaptação marital e social, função sexual e o medo da recidiva são encontrados em igual proporção nos dois grupos. Aconselhamento psicoterápico deve ser oferecido a todas as mulheres tratadas por câncer de mama.

INTRODUÇÃO

As repercussões psicológicas advindas do diagnóstico e do tratamento em oncologia tem sido objeto do estudo de diversos autores^{2,3,4,5,11,13,14}. Em pacientes com câncer existe um aumento da taxa de prevalência de sintomas psiquiátricos, que são três vezes mais frequentes quando comparados aos da população em geral².

O câncer de mama é doença altamente frequente em nosso país com cerca de 40.000 casos novos previstos para 1996. Lidera ainda a causa de morte por tumores malignos entre as mulheres. A taxa de mortalidade aumenta na área urbana e há aumento da incidência com a idade. Afeta especialmente mulheres a partir dos 45 anos de idade, quan-

do se encontram na plenitude de suas potencialidades intelectuais, sexuais e profissionais, e frequentemente no desempenho de suas funções maternas (filhos na adolescência). As repercussões emocionais parecem ser especialmente agressivas em pacientes jovens que tem de se deparar precocemente com a experiência simbólica da morte. Por outro lado, mulheres mais idosas, mesmo já tendo incorporado várias experiências de perda, parecem igualmente susceptíveis, merecendo também especial atenção.

Estas intensas repercussões psicológicas decorrem do fato de que a mama feminina é considerada como fonte de alimento e como símbolo sexual. Do ponto de vista psicanalítico é o local de projeção das fantasias vividas em relação à mama da mãe, sendo assim uma área investida de sentimentos arcaicos, afetos e fantasi-

as. É ainda o representante exterior da feminilidade. A perda de parte ou de seu todo representa simbólica ou concretamente uma grande ameaça à integridades psicológica e funcional da mulher¹.

A despeito dos avanços nos métodos propedêuticos e terapêuticos, que têm levado a um número cada vez mais freqüente de candidatas à sobrevida a longo prazo, as repercussões psíquicas e o estigma do câncer permanecem como um experiência geradora de grande ansiedade e sofrimento. As respostas psicológicas são muito individuais dependendo de vivências pregressas, imagem corporal, história psiquiátrica anterior, preconceito em relação à doença maligna, habilidade pessoal de lidar com situações de "stress", suporte familiar afetivo e intensidade do tratamento.

É cada vez maior o número de pacientes que estão sendo solicitadas a participar, juntamente com o médico, da avaliação das opções de tratamento. Esta situação, em nosso meio, só recentemente vem sendo incorporada à prática clínica. De forma geral, a maior parte das pacientes se sentem satisfeitas ao serem consultadas a este respeito, apesar da grande ansiedade gerada por esta participação. A forma pela qual o profissional informa o real diagnóstico e sua capacidade de comunicação são um dos fatores determinantes nas repercussões psicológicas futuras⁷.

Meyerowitz⁹ relacionou o impacto do câncer de mama em três diferentes áreas: psicológica, mudanças no padrão de vida e temores e preocupações com o futuro.

Inúmeros estudos controlados compararam a resposta psicológica à mastectomia versus tratamentos conservadores^{4,8,13,14,15}. Todos foram consistentes no fato de que pacientes submetidas a tratamentos conservadores preservam melhor sua imagem corporal, são sexualmente menos inibidas, se reintegrando mais rapidamente a suas atividades cotidianas.

O diagnóstico de doença maligna remete algumas pacientes a uma revisão de seus valores e um questionamento de sua vida. Tal fato pode levar desde a adoção de rígidos mecanismos de defesa, até a profundas reflexões, com reavaliação e revisão de suas atitudes diante da vida.

Infantilizada pela ameaça da doença a paciente tende a buscar no seio familiar seu mais encorajador apoio. O ativo envolvimento da família, em especial do cônjuge deve ser estimulado. Os efeitos traumáticos sobre o relacionamento com os filhos está bem documentado, com deterioração das relações parentais, em especial com as filhas adolescentes^{7,15}.

Portanto, por suas inúmeras repercussões os aspectos psicológicos devem merecer cuidado e permanente reflexão por parte dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento das pacientes.

MÉTODO

O objetivo da atual pesquisa é de estudar as repercussões biopsicosociais em um grupo de 103 mulheres com câncer de mama, avaliadas pela ótica da paciente. Foram operados por cirurgia radical (remoção completa da mama e esvaziamento axilar), ou conservadora (remoção parcial da mama, quadrantectomia ou tumorectomia, com esvaziamento axilar). Todas foram submetidas à radioterapia pós-operatória e ao tratamento sistêmico, quando indicado. Foram consideradas elegíveis, as pacientes tratadas há mais de 2 anos e que não apresentavam sinais clínicos de doença em atividade. Foram submetidas pelos autores a um questionário com 45 perguntas e 84 opções sob a forma de entrevistas individuais, onde podiam discorrer livremente sobre os temas abordados. Todas foram alertadas quanto à natureza da investigação tendo concordado previamente com a entrevista; nenhuma paciente recusou-se a participar. Foram abordados aspectos relacionados com o diagnóstico e a terapêutica do câncer, relacionamento pessoal, familiar e sua visão do mundo. Análises comparativas foram realizadas entre as pacientes tratadas com cirurgia radical e as submetidas a cirurgias conservadoras. Tratam-se, portanto, de depoimentos baseados na memória afetiva de vivências de um passado recente.

A possibilidade de reviver dolorosamente esta experiência durante a entrevista foi objeto de investigação. No entanto, a maior parte das mulheres consideraram o questionário fácil de ser respondido.

As características gerais das pacientes se encontram na tabela 1.

A análise estatística dos dados foi feito sob a forma de intercomparação com aplicação dos testes do qui quadrado e de teste de significância de Mansel considerado a nível de 0,05.

Tabela 1
Características gerais das pacientes

Situação	Cirurgia radical	Cirurgia conservadora
Número de pacientes	69	34
Idade mediana	54	62
Instrução formal	80%	72%
Vida marital	50%	62%
Profissão não domiciliar	20%	23%
Número de filhos	2,3	3,4

Tabela 2
Repercussões do tratamento

Situação	Cirurgia conservadora	Cirurgia radical	p
Consideram-se mutiladas	12%	51%	0,012
Satisfação estética	85%	65%	0,011
Medo da recidiva	57%	64%	0,59
Cirurgia/prognóstico	90%	57%	0,0026
RT suportável	85%	75%	0,62
QT suportável	30%	11%	0,26

RESULTADOS

A revelação de diagnóstico de câncer foi descrita em igual proporção pelos dois grupos, 70%, como um situação de desespero e geradora de grande ansiedade ($p=0,37$). A quase totalidade (95%) das pacientes tratadas conservadoramente receberam através de seu médico, a correta informação quanto a seu real diagnóstico, encontrando-se mais satisfeitas com a forma pela qual a verdade lhes foi revelada ($p=0,002$). Quanto à reação posterior, o grupo tratado conservadoramente revela maior taxa de confiança e aceitação e menor taxa de ansiedade e medo quando comparada com mulheres tratadas com cirurgia radical ($p=0,067$).

A tabela 2 nos informa sobre a reação das pacientes ao tratamento cirúrgico, radio (RT) e quimioterápico (QT). As tratadas com conservação se encontram mais satisfeitas com sua imagem corporal e com a estética, fazendo clara correlação entre a cirurgia menos mutilante e bom prognóstico. Os dois grupos consideram em igual proporção a radioterapia e a quimioterapia tratamentos suportáveis. Não ocorreram diferenças significativas no tocante ao medo da recidiva local.

Em relação aos aspectos sociais, as pacientes tratadas radical ou conservadoramente relatam comparáveis percentuais de alteração em seus hábitos cotidianos, relacionado ao desempenho de seus afazeres domésticos e ao trabalho formal. Apresentam ainda iguais índices de segurança em relação ao futuro e índices comparáveis de dificuldade em fazer novas amizades. De mesma significação ($p=0,94$) foi a solidariedade manifesta pelos parceiros nos dois grupos de tratamento (tabela 3).

A aplicação do questionário foi considerado fácil de ser respondido por todas as clientes tratadas conservadoramente. Nas tratadas por cirurgia radical, 86% consideraram-no fácil, 10% como difícil e 4% como constrangedor.

As pacientes tratadas através de cirurgias conservadoras preservam uma melhor imagem corporal e se sentem mais atraentes do ponto de vista sexual. Os dois grupos

valorizavam as mamas anteriormente à cirurgia, em igual proporção. Não houve diferenças estatisticamente significante no tocante à alteração dos hábitos sexuais (tabela 4).

DISCUSSÃO

As pacientes submetidas à propedêutica, exames imagenológicos e biópsias com suspeita clínica de câncer de mama relatam ser esta uma etapa muito angustiante e inesquecível em suas vidas. Os médicos que tencionam submeter-las a tratamento conservador geralmente se encontram mais encorajados em revelar o verdadeiro diagnóstico quando comparado aos tratamentos radicais. Nos dois grupos as pacientes se dizem satisfeitas em igual percentagem com a forma com que a verdade lhes foi revelada.

Acresce-se o fato que as pacientes usualmente se encontram muito ansiosas durante as primeiras consultas, com evidente diminuição de sua capacidade crítica. Os profissionais de saúde devem estar alertados para o fato de que em muitas circunstâncias, a primeira consulta em mastologia se constitui em uma verdadeira emergência na área da saúde mental. É necessário, ocasionalmente, abandonar provisoriamente o tradicional método de colheita formal de anamnese médica, e ser atento a verbalização dos significados manifestos e latentes das clientes.

Não se tratando, salvo em condições excepcionais, de um tratamento de urgência, torna-se injustificável a adoção de condutas que exijam da paciente pronta definição de seus desejos. Amadurecer a nova realidade decidindo com serenidade necessita muitas vezes um período de tempo que deve ser respeitado. Ressalte-se ainda que cumpre ao profissional atender as demandas da paciente fornecendo informações na medida de suas solicitações e respeitando suas limitações. Ocasionalmente cumpre adotar um papel francamente acolhedor e compreensivo. Convém notar que mesmo não questionando diretamente o médico, as pacientes ficam usualmente atentas à postura e à comunicação não verbal, como se ficassem a espreita de atitudes que confirmassem sua suspeita diagnóstica.

Quanto à decisão terapêutica, as pacientes que optam por cirurgias conservadoras estão mais sensíveis a agressões à sua auto-imagem, apoiam sua auto-estima de forma importante na presença das mamas e acreditam terem grande dificuldade de se adaptarem à mastectomia. Pacientes que optam pela mastectomia consideram a presença da mama doente como um parte má que deve ser removida, e que deixar parte dela pode ser uma idéia insustentável¹⁰.

Tabela 3
Aspectos sociais e familiares

Situação	Cirurgia conservadora	Cirurgia radical	p
Alteração no trabalho	45%	42%	0,79
Segurança no futuro	66%	58%	0,53
Dificuldade de novas amizades	26%	20%	0,66
Solidariedade do parceiro	85%	80%	0,94
Comportamento			
Paciente com a família			0,63
Mais próximo	65%	44%	
Inalterado	32%	49%	
Família com o paciente			0,66
Mais próximo	57%	52%	
Inalterado	40%	38%	

Muitas pacientes suportam estoicamente o tratamento cirúrgico, só incorporando verdadeiramente o seu impacto ao iniciarem os tratamentos oncológicos subsequentes. As mulheres passam a tomar consciência formal da gravidade da situação, ao manterem contato com outras pacientes portadoras de diversas patologias em estado variável de gravidade. Estão particularmente susceptíveis a distúrbios psicológicos, em especial sintomas depressivos⁶. Sentem freqüentemente um misto de medo, ansiedade e revolta. Estas terapêuticas complementares evocam fantasias irracionais em relação a seus efeitos maléficos, relembando situações traumáticas do passado, relacionadas a sua vivência simbólica com o câncer. Relatam que se sentem ameaçadas diante do desconhecido, devendo os profissionais de saúde estar atentos a estas reações mantendo ampla comunicação com as pacientes, minorando seu temor e desmistificando suas fantasias.

As pacientes analisadas neste estudo quando tratadas conservadoramente, se sentem menos mutiladas, mais satisfeitas com o resultado estético, relacionam sua cirurgia com um fator de melhor prognóstico e se sentem mais atraentes do ponto de vista sexual. No tocante ao temor da recidiva local, alteração no trabalho, segurança em relação ao futuro, comportamento da família e alteração na vida sexual, não há diferenças entre os dois grupos. No que se refere à vida sexual é relevante notar a que capacidade adaptativa neste estudo, talvez decorra da alta taxa de solidariedade expressa pelos companheiros.

Inúmeros estudos controlados compararam a resposta psicológica à mastectomia versus tratamentos conservadores, sendo nossos achados coerentes com os destes autores^{4,8,9,12,13,14}.

Também relevante é a preocupação, de que o tratamento deva ser realizado não só no intuito de aumentar a sobrevida mas também no de não comprometer a qualidade de vida. Como devem ficar sob controle clínico por longo período de tempo as pacientes com freqüência ficam marcadas com o estigma de câncer. O excesso de seguimento clínico além de ser oneroso do ponto de vista financeiro, é de duvidosa repercussão na sobrevida. As visitas freqüentes de revisão são geralmente geradoras de renovada ansiedade, interiorizando a sensação de doença permanente e a ameaça da possibilidade de metástases. O excesso de assistencialismo parece ser danoso do ponto de vista psicológico e pouco útil do ponto de vista prático.

As pacientes com freqüência se queixam de que ao desejarem verbalizar seus temores, junto ao núcleo social ou junto aos profissionais de saúde, encontram grande dificuldade. O meio social tende a vulgarizar e minimizar a gravidade da situação, por absoluta incapacidade de encará-la, não permitindo a paciente expor com franqueza seus temores.

Quanto à informação, as pacientes, usualmente, são fantasiosas em relação às diversas etapas da propedêutica e do tratamento, baseadas em informações contraditórias e ameaçadoras. A elaboração de um manual explicativo que contenha as etapas básicas dos diversos processos parece ser especialmente útil, devendo ser complementado com informações adicionais à medida em que houver solicitação por parte da paciente. Uma descrição sumarizada dos efeitos colaterais deve ser fornecido, ressaltando em especial posturas em que a paciente possa se considerar como participante do processo terapêutico, e não mera expectadora dos acontecimentos. Com grande freqüência as pacientes asso-

Tabela 4
Aspectos sexuais

Situação	Cirurgia conservadora	Cirurgia radical	p
Imagem corporal negativa	14%	57%	0,010
Menor atração sexual	25%	57%	0,009
Vida sexual alterada	20%	35%	0,85
Vergonha ao despir-se	15%	35%	0,27
Valorização das mamas	57%	77%	1,0

ciam parte dos efeitos colaterais do tratamento, náuseas, vômitos, adinamia, perda do apetite, à progressão da doença e não a efeitos transitórios da terapêutica. Os manuais explicativos não devem ressaltar apenas as limitações inerentes ao tratamentos, mas enfatizar a plenitude das multipotencialidades em face da nova realidade, ressaltando que grande parte das limitações físicas são temporárias.

Embora as pacientes submetidas a tratamento conservador estejam menos abaladas do ponto de vista psicológico, esta estratégia de tratamento não deve ser considerada como ausente de profundos efeitos psicológicos, não podendo ser encarada de forma alguma como uma panacéia.

Entendida em sua plenitude a saúde deve significar um equilíbrio entre fatores biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo (Organização Mundial de Saúde). Isto torna óbvio que, eliminar a doença não significa obrigatoriamente restabelecer a saúde.

Sendo o tratamento gerador de grande angústia e ansiedade, consideramos como etapa desejável no processo o emprego da técnicas de informação, aconselhamento, psicoterapia suportiva individual e familiar e terapia medicamentosa, quando indicado; seja solicitada espontaneamente pela paciente ou sugerida por seu médico assistente.

Embora a importância do suporte psicoterápico seja universalmente reconhecida, a adoção de estudos clínicos controlados devem ser incentivados para que o suporte psicológico não continue a ser realizado empiricamente¹⁰.

A identificação dos grupos de risco que inclua pacientes que se beneficiariam de um intervenção terapêutica precoce precisa ser realizado. As mulheres de forma não compulsória devem ser incentivadas a participar de estudos prospectivos.

KEY WORDS

Breast cancer;
Psychology.

ABSTRACT

BIOPSYCHOSOCIAL ASPECTS OF BREAST CANCER

A study was carried out to analyse the psychosocial morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer and compare the effect of breast conservation versus mastectomy, by the patient point of view. Psychological morbidity was assessed in 103 women. Thirty four patients who underwent conservative breast treatment, surgery+radiation, were compared with 69 patients treated with modified radical mastectomy and postoperative irradiation. All had stage I or II and were analysed at least 24 months after treatment. The conservative approach reduces the negative effect on self-image and body image, they are more pleased with the cosmetical result and fell more attractive. Marital and social adjustments, sexual function and fear of recurrence are equal in both groups. Psychological support should be provided for all women treated for breast cancer, not just who underwent mastectomy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CURI, S.S. O seio: uma visão psicanalítica. *Rev bras Mastol* 1991; 1:27-29.
2. DEROGATIS LR, MORROW GR, FETING J. The prevalence of psychiatric disorders among cancer. *JAMA* 1983; 249:6751-6757.
3. EIL K, NISHIMOTO R, MORVAYT et al. A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer* 1989; 63:406-413.
4. FALLOWFIELD LJ, BAUM M, MAGUIRE GP. Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *Br Med J* 1986; 293:1331-1334.
5. GARCIA, WAX P, CHWARTZMAN F. Aspectos psicossociais do paciente com câncer. In: Murad A, Katz A. *Oncologia. Bases Clínicas do Tratamento*. 1ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996; 125-131.
6. GRANDSTAFF JR, ROSS RD. Impact of the breast cancer on the family. *Front Radiat Ther Oncol* 1976; 11:146-156.
7. LERMAN C, DALY M, WALSH WP. Communication between patients with breast cancer and health care providers: determinations and implications. *Cancer* 1993; 72:2612-2620.
8. MARGOLIS G, GOODMAN RL, RUBIN A. Psychological effects of breast-conserving treatment and mastectomy. *Psychosomatics* 1991; 31:33.

9. MEYEROWITZ BE. Psycosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychol Bull* 1980;87:108-131.
10. RAZAVI D. Psychosocial and psychiatric interventions in patients with cancer. *Oncology in Practice*. European School of Oncology 1994;2:5-10.
11. ROSS KE. *On Death and Dying*. New York: MacMillan. 1994.
12. ROWLAND JH, MASSIE MJ. Patient rehabilitation and support. In: Harris JH, Lippman ME, Morrow M, Hellman S. *Diseases of the breast*. Philadelphia: Lippincott-Raven. 1996; 919-938.
13. STEINBERG MA, JULIANO AA, WISE L. Psychological outcome of lumpectomy versus mastectomy in the treatment of breast cancer. *Am J Psychiatry* 1985; 142:34-39.
14. WELLISCH DK, DIMATTEO R, SILVERSTEIN M et al. Psychosocial outcomes of breast cancer therapies: lumpectomy versus mastectomy. *Psychosomatics* 1980; 30:365.
15. WELLISCH DK. Family relationships of the mastectomy patient interaction with the spouse and children. *Isr J Med Sci* 1981; 17:993.

Endereço para correspondência:

*Miguel Torres Teixeira Leite
Rua Itapagipe, 762 - Concordia
31110-590 - Belo Horizonte - MG*