



# IMPACTO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA NA AUTOIMAGEM E NOS RELACIONAMENTOS AFETIVOS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

Graziele Batista Pereira<sup>1</sup>

Alice Madalena Silva Martins Gomes<sup>2</sup>

Riza Rute de Oliveira<sup>3</sup>

**Resumo:** O câncer de mama consiste em uma neoplasia maligna na glândula mamária e pode levar à metástase e até ao óbito. O crescimento desordenado das células ocorre pela interação de fatores internos e externos e fatores ambientais. As formas de tratamento consistem em cirurgias conservadoras, como a quadrantectomia; as intervenções radicais com total ablação da mama, e as não cirúrgicas, como quimioterapia, radioterapia e hormônioterapia. O artigo tem como objetivo avaliar o impacto do tratamento do câncer de mama na imagem corporal e relacionamentos de mulheres mastectomizadas, sem ou com reconstrução mamária imediata. Este é um estudo transversal, parte de um estudo prospectivo e de intervenção sobre a atuação e acompanhamento fisioterapêutico de mulheres operadas por câncer de mama.

.....

<sup>1</sup> Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - Unasp. E-mail: Grazi\_bp20@hotmail.com.

<sup>2</sup> Graduada em Fisioterapia pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo - Unasp. E-mail: Alice-madalena@hotmail.com.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde da Mulher, Professora do Curso de Fisioterapia do Unasp. E-mail: Riza\_rute1@yahoo.com.br.

Foram convidadas a participar, de forma sequencial, mulheres submetidas à mastectomia no Hospital da Mulher Dr. José Aristodemo Pimotti - Centro de Atenção Integral à saúde da Mulher - CAISM/UNICAMP, Campinas - São Paulo, entre Agosto de 2007 e dezembro de 2010. Após um ano ou mais de segmento cirúrgico, contabilizou-se 88 mulheres. Divididas em 2 grupos, 50 mulheres no grupo submetidas à mastectomia associada a reconstrução imediata (M+RI) e 38 submetidas a mastectomia exclusiva (M). De todo o grupo estudado, 55,7% das mulheres foram submetidas à reconstrução mamária imediata, sendo 80% pelo método de retalho do músculo grande dorsal. Setenta e três por cento das mulheres serão eram? sexualmente ativas. simplesmente 44% delas relataram incômodo ao se vestir. Até 48% da amostra relatou incômodo no uso de roupas de banho, e até 18% incômodo no ato de abraçar. Houve impacto significativamente negativo no relacionamento afetivo com o companheiro ( $p=0,04$ ) e no relacionamento sexual ( $p=0,0003$ ). No entanto, há melhora significativa nos relacionamentos fraternais ( $p=0,014$ ). O tratamento do câncer de mama promove impacto negativo na autoimagem corporal e nos relacionamentos afetivo e sexual com o cônjuge, no entanto, favorece os relacionamentos fraternais.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Mastectomia; Autoimagem; Relacionamentos afetivos.

### ***Impact of breast cancer treatment on the self-image and affective relationships of mactectomized women***

**Abstract:** Breast cancer consists of a malignant neoplasm in the mammary gland and can lead to metastasis and even death. Disordered cells growth occurs through the interaction of internal and external factors and environmental factors. The forms of treatment consists of surgeries such as quadrantectomy, radical interventions with total ablation of the breast and non-surgical

ones such as chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy. The aim is to evaluate the impact of breast cancer treatment on body image and relationships of mastectomized women with or without immediate breast reconstruction.

**Methods:** This is a cross-sectional study, a segmented part of a prospective study and intervention on the physiotherapeutic action and follow-up of women operated on for breast cancer. Women undergoing mastectomy at the Women's Hospital Dr. Jose Aristodemo Pimotti - Center for Integral Attention to Women's Health - CAISM / UNICAMP, Campinas - São Paulo, between August 2007 and December 2010 were invited to participate in a sequential manner. A year or more of surgical segment accounted for 88 women. They were divided into 2 groups, 50 women in the group undergoing mastectomy associated with immediate reconstruction (M + RI) and 38 submitted to exclusive mastectomy (M). From all the studied groups, 55.7% of the women were submitted to immediate breast reconstruction, being 80% by the dorsal large muscle flap method. Seventy-three percent of women were sexually active. Up to 44% of them reported discomfort when dressing. Up to 48% uncomfortable in the use of swimsuits and up to 18% uncomfortable in the act of embracing. There was a significant negative impact on the affective relationship with the partner ( $p = 0.04$ ) and on the sexual relationship ( $p = 0.0003$ ). However, there is significant improvement in fraternal relationships ( $p = 0.014$ ). The treatment of breast cancer promotes a negative impact on self-image and on affective and sexual relationships with the conjugate. However, it favors fraternal relationships.

**Keywords:** Breast cancer; Mastectomy; Self-image; Affective relationships.

## Introdução

O câncer de mama consiste em uma neoplasia maligna na glândula mamária que pode levar a metástase e até óbito. “Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030, surgirão 27 milhões de novos casos

de câncer; 17 milhões de mortes serão por câncer; e haverá 75 milhões de pessoas vivas com a doença” (FRIO *et al.*, 2015, p. 351-357; GRAVE *et al.*, 2014, p. 180-185). E no Brasil, em 2016, são esperados 57.960 novos casos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres<sup>4</sup>. As neoplasias no Brasil têm se tornado um grande problema público, ganhando segundo lugar como causa de morte (FRIO *et al.*, 2015, p. 351-357).

O crescimento desordenado das células malignas ocorre pela interação de fatores internos como idade e herança genética, ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões, ou externas, como estilo de vida e fatores ambientais<sup>5</sup> (CAMILO *et al.*, 2011, p. 769-778). Mulheres com idade superior a 50 anos têm maior risco de desenvolver câncer de mama, devido as próprias alterações biológicas do envelhecimento e maior tempo de exposição às agressões ambientais e inadequados hábitos de vida; outros fatores que estão ligados ao desenvolvimento dessa neoplasia, a vida reprodutiva da mulher, a nuliparidade e ter seu primeiro filho após os 30 anos de idade. Por outro lado, a amamentação está associada a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer. O excesso de peso após a menopausa também é considerado maior risco, no entanto, através de exercícios físicos e alimentação saudável, esse risco diminui aproximadamente 30% de desenvolver câncer de mama<sup>6</sup>.

Diversos estudos epidemiológico ainda demonstram que o câncer tem uma estreita relação com o estilo de vida. Os indivíduos obesos, com consumo exagerado de carnes vermelhas, gorduras, álcool, dietas hipercalóricas, pobres em fibras, que normalmente levam uma vida sedentária, apresentam uma correlação ainda maior do risco de surgimento do câncer de mama, intestino e próstata (HYPPOLITO; RIBEIRO, 2014; BOTELLALÓPEZ *et al.*, 2011, p. 13-18).

Para ablação ou tratamento da massa maligna é realizada a mastectomia, uma técnica cirúrgica que pode variar de acordo com a extensão tumoral da

.....

<sup>4</sup> Disponível em: <<http://bit.ly/29rczm7>>. Acesso em 01 de Jun. de 2016.

<sup>5</sup> Disponível em: <<http://bit.ly/1X1dIx9>>. Acesso em 25 de Fev. de 2016.

<sup>6</sup> Disponível em: <<http://bit.ly/1KPyhGm>>. Acesso em 25 de Fev. de 2016.

mama afetada. Existem cirurgias conservadoras, como a quadrantectomia, e as intervenções radicais com a total ablação da mama, linfonodos e músculos correlatos (ANDRADE; DUARTE, 2003, p. 155-163; ELSNER *et al.*, 2009, p. 67-71). Além das intervenções cirúrgicas existe também as terapias adjuvantes, intervenções não cirúrgicas, como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (BRITO; MARCELINO, 2014, p. 473-485; ELSNER *et al.*, 2009, p. 67-71). Vale salientar que a mastectomia, por ser uma técnica invasiva, traz algumas complicações para a mulher. Podemos citar: seroma, infecções, hematomas, edema mamário, diminuição da amplitude de movimento (ADM), bursite, aderência de pele, fraquezas musculares, cordões axilares, sensação de peso, linfedema, alterações posturais, escápula alada, mama fantasma, trombose venosas profunda, complicações respiratórias. Essas complicações podem interferir negativamente nas atividades de vida diária (AVD's) (JAMMAL *et al.*, 2008, p. 506-510; ELSNER *et al.*, 2009, p. 67-71).

As mulheres que tiveram perdas mamárias, por vezes, deixam de ter um relacionamento social. Suas atividades de lazer já não são mais as mesmas, sua carreira é comprometida, como também sua vida familiar. Depois de tantas mudanças em sua vida, começam suas preocupações relacionadas ao próprio corpo. Nesse momento, geralmente se sentem satisfeitas com o término do tratamento, mas se encontram mentalmente e fisicamente esgotadas pelos procedimentos invasivos e dolorosos (ANDRADE; DUARTE, 2003, p. 155-163).

Essa enfermidade também produz alterações importantes no corpo e na autoimagem da mulher, que podem afetar na parte de sua sexualidade e sua satisfação conjugal. Tais interferências são, normalmente pela experiência de sentir seu corpo em mudança, perda do cabelo, perda da mama e ressecamento vaginal, que leva a dor e desconforto na hora do ato sexual (ANDOLHE; GUIDO, 2009, p. 711-720; BARRA *et al.*, 2008, p. 367-371).

Aos poucos, e após a fase aguda do tratamento, há uma tendência a se retornar à qualidade de vida prévia, e também muitas mudanças positivas, com oportunidades de crescimento pessoal. O enfrentamento da doença

leva, na maioria dos casos, a um maior sentido social, pessoal e até mesmo profissional (GURGEL *et al.*, 2009, p. 61-67).

Dentro de todo esse contexto, podemos notar que o papel do fisioterapeuta deve ser introduzido preferencialmente antes do início do tratamento. Uma vez que mudanças físicas e complicações pós operatórias podem acontecer, o fisioterapeuta deve avaliar e instruir a mulher sobre todas as possibilidades de mudanças físicas que ela poderá enfrentar. A fisioterapia também poderá atuar na prevenção ou tratamento do linfedema e alterações posturais, melhora de ADM do membro superior acometido, prevenindo ou tratando aderências e melhorando a maleabilidade cicatricial (ALCÂNTARA *et al.*, 2005, p. 143-148; JAMMAL *et al.*, 2008, p. 506-510; ELSNER *et al.*, 2009, p. 67-71; GRAVE *et al.*, 2014, p. 180-185). Os recursos terapêuticos variam desde a cinesioterapia, que consiste na reabilitação por meio de exercícios; terapias manuais como mobilizações articulares e drenagem linfática; orientações de cuidados básicos com o braço do lado operado; conscientização corporal e postural, por meio de técnicas terapêuticas associadas ao toque ou com auxílio de espelho; além de orientações para o retorno de sua aceitação à nova imagem corporal e vida íntima.

O profissional de fisioterapia tem um papel muito importante na vida dessas mulheres, tanto no seu relacionamento conjugal, como social e familiar, melhorando sua autoimagem através de palestras de motivação, exercícios em frente ao espelho, mostrando que todos têm defeitos e para mostrar que ela pode ser feliz com o corpo que tem. E assim poderá promover uma melhor qualidade de vida para si, para seu cônjuge e para a sociedade.

Diante do exposto, é relevante conhecer a prevalência e a intensidade do impacto negativo que o tratamento do câncer de mama pode interferir na autoimagem, na vida pessoal, sexual e social da mulher.. Cabe ainda verificar o impacto, positivo ou negativo, que a reconstrução mamária imediata pode contribuir em todos esses aspectos. O objetivo deste estudo é avaliar o impacto do tratamento para câncer da mama na imagem corporal e nos relacionamentos de mulheres mastectomizadas, sem ou com reconstrução mamária imediata.

## Métodos

Este é um estudo transversal, parte segmentada de um estudo prospectivo e de intervenção sobre a atuação e acompanhamento fisioterapêutico de mulheres operadas por câncer de mama. Foram convidadas a participar do estudo, sequencialmente, todas as mulheres submetidas à mastectomia no Hospital da Mulher Dr. Jose Aristodemo Pimotti - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher – CAISM/UNICAMP, Campinas - São Paulo, Brasil, entre agosto de 2007 a dezembro de 2010. Foram incluídas as mulheres submetidas a mastectomia (radical modificada Madden ou Pattey, simples ou associado a biópsia do linfonodo sentinela) com ou sem reconstrução mamária imediata (grande dorsal, TRAM e expensor) e excluídas aquelas com idade superior a 70 anos e que apresentassem dificuldades cognitivas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da UNICAMP sob o número 428/2007. Todas as mulheres assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compareceram a um Programa Multidisciplinar com atendimento da equipe de fisioterapia, enfermagem e serviço social durante o primeiro mês cirúrgico. Aproximadamente 260 mulheres foram submetidas à mastectomia no período da coleta. Cento e quarenta e seis mulheres não preencheram o critério de inclusão ou não aceitaram participar do estudo. Foram descontinuadas 14 mulheres por não terem frequentado ao Programa Multidisciplinar ou por abandono do estudo.

Após um ano de seguimento pós-cirúrgico contabilizou-se 88 mulheres que responderam uma única vez ao Questionário de Impacto do Tratamento do Câncer de Mama sobre Relacionamentos afetivos, sexuais e fraternais e Auto imagem. Para avaliar a satisfação com os relacionamentos a mulher deveria pensar e lembrar sobre como eram seus relacionamentos antes do diagnóstico e tratamento do câncer e em seguida como estavam os relacionamentos no momento em que respondia ao questionário. Já para avaliação da autoimagem a mulher respondia pensando apenas em como se sentia após cirurgia e demais tratamento. Elas

foram subdivididas em dois grupos, 50 mulheres compuseram o grupo de mastectomia associada a reconstrução imediata da mama (M+RMI) e 38 formaram o grupo de mulheres submetidas a mastectomia exclusiva, ou seja, sem reconstrução mamária (M).

## Análise estatística

O teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para avaliação da distribuição dos dados em relação à normalidade. Quando os dados tiverem distribuição normal, foram utilizados testes paramétricos para análise; quando a distribuição for anormal, aplicaram-se os testes não paramétricos. Os dados estão apresentados em média e desvio padrão e percentual, foi aplicado o teste pareado para comparar as diferenças entre as variáveis antropométricas e de capacidade funcional pré e pós-intervenção e utilizou o teste t não pareado para análise entre os grupos foi  $p < 0,05$  para significância estatística.

## Resultados

Ao analisar as características dos grupos (Tabela 1) pôde observar que 55,7% das mulheres foram submetidas a M+RMI. Destas, 80% foram reconstruídas pelo método do retalho do músculo grande dorsal associado à prótese mamária. Dentre as mulheres apenas mastectomizadas 82% utilizavam bojo para substituir a mama amputada. Quase 50% de todas elas tinham mamas grandes antes da mastectomia. Setenta por cento das mulheres tinham companheiro fixo e 72,7% eram sexualmente ativas antes da cirurgia por câncer de mama. Não foi encontrada diferença entre os grupos isto demonstra homogeneidade entre grupos.



**Tabela 1: Características dos Grupos**

	Geral		Mastectomia		Mastectomia + RMI	
	N	%	N	%	N	%
<b>Tipo de Cirurgia</b>			38	44,3	50	55,7
<b>Mastectomia</b>	-	-	38	100		
- uso de bojo			32	82		
- sem uso de bojo			6	18		
<b>Mastectomia + RMI</b>	-	-			50	100
- G.Dorsal + prótese					40	80
- Reto Abdominal					7	14
- Expansor					3	6
<b>Tamanho da Mama</b>						
- P	16	18,2	7	18,4	9	18
- M	29	32,9	6	15,8	23	46
- G	43	48,9	25	65,8	18	36
<b>Companheiro</b>						
- Sim	62	70,5	25	64,1	37	75,5
- Não	26	29,5	14	35,9	12	24,5
	$p = 0,15$					
<b>Sexualmente ativa</b>						
- Sim	64	72,7	25	64,1	39	79,6
- Não	24	27,3	14	35,9	10	20,4
	$p = 0,07$					

**Legenda:** RMI: reconstrução mamária imediata; N: quantidade numérica de mulheres; P: pequena (menor ou igual a 38), M: média (40 a 42), G: grande (44 ou mais); p: p-valor estatístico de significância



No que se refere à imagem corporal (Tabela 2) 36,8% e 44% (Grupo M e Grupo M+RMI, respectivamente) relataram impacto negativo na forma de se vestir; 39,5% e 48% (M e M+RMI, respectivamente) no uso de roupas de banho. Nota-se que 52,6% e 50% (M e M+RMI, respectivamente) sentiram impacto negativo.

Mudanças na visão do corpo nu 15,4% e 24,5% (M e M+RMI, respectivamente) se sentem incomodadas ao ter que abraçar alguém; 15,4% e 18,4% (M e M+RMI, respectivamente) sentiram mudanças negativas no seu desejo sexual. Pode-se observar que 29,2% e 32,5% (M e M+RMI, respectivamente) não se “sentem tão à vontade” com o parceiro durante o ato sexual, após a cirurgia. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, quanto ao impacto negativo na imagem corporal e aspectos da sexualidade entre grupos.

**Tabela 2:** Impacto Negativo na Imagem Corporal

	Geral		Mastectomia		Mastectomia + RMI	
	N	%	N	%	N	%
<b>No vestuário</b>						
- Sim	36	40,9	14	36,8	22	44
- Não	52	59,1	24	63,2	28	56
	$p = 0,25$					
<b>Na roupa de banho</b>						
- Sim	39	44,3	15	39,5	24	48
- Não	49	55,7	23	60,5	26	52
	$p = 0,21$					

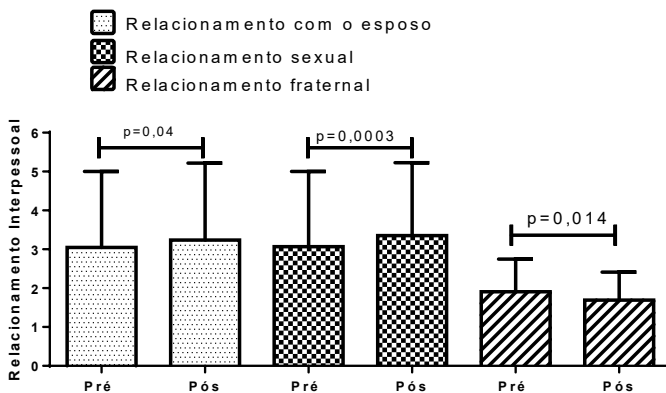
	Geral		Mastectomia		Mastectomia + RMI	
<b>Na visão do corpo nu</b>						
- Sim	45	51,1	20	52,6	25	50
- Não	43	48,9	18	47,4	25	50
	p = 0,4					
<b>Ao abraçar</b>						
- Sim	18	20,5	6	15,4	12	24,5
- Não	70	79,5	33	84,6	37	75,5
	p = 0,17					
<b>No desejo sexual</b>						
- Sim	15	17,1	6	15,4	9	18,4
- Não	49	82,9	33	84,6	40	81,6
	p = 0,39					
<b>Na resposta sexual</b>						
- Sim	20	31,3	7	29,2	13	32,5
- Não	44	68,7	17	70,8	27	67,5
	p = 0,20					

**Legenda:** RMI: reconstrução mamária imediata; N: quantidade numérica de mulheres; p: p-valor estatístico de significância

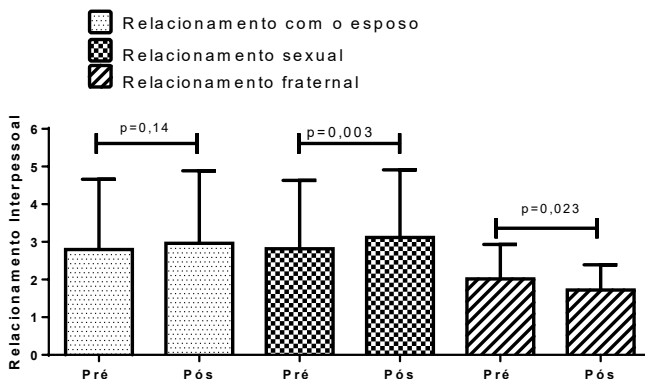
Nos gráficos 1, 2 e 3 abaixo pode-se observar o impacto da cirurgia por câncer de mama na satisfação com os relacionamentos afetivos, sexuais e fraternais das mulheres. Na amostra geral (Gráfico 1), percebe-se diferenças estatisticamente significativas ao comparar os relacionamentos entre o pré-operatório e após 1 ano de cirurgia. Piora no relacionamento afetivo e sexual com o companheiro ( $p=0,04$  e  $p=0,0003$ , respectivamente). Melhora do relacionamento fraternal ( $p=0,014$ ). Analisando separadamente os grupos, o pré e pós-operatório, nos aspectos de relacionamentos afetivos, sexuais e fraternais das mulheres, entre as mulheres reconstruídas (M+RMI) não se observa diferença estatisticamente significativa no relacionamento afetivo com o companheiro ( $p=0,14$ ), mas há piora significativa nos aspectos sexuais ( $p=0,003$ ) e melhora nos relacionamentos fraternais ( $p=0,023$ ) (Gráfico 2). Já para as mulheres não reconstruídas (M) não se observa piora significativa no relacionamento afetivo com o companheiro ( $p=0,17$ ), embora haja piora no aspecto sexual ( $p=0,04$ ). Também não há diferença estatisticamente significativa nos relacionamentos fraternais ( $p=0,32$ ) (Gráfico 3).

Obs: Para todos os gráficos: A maior pontuação na escala de relacionamento representa piora na satisfação da mulher.

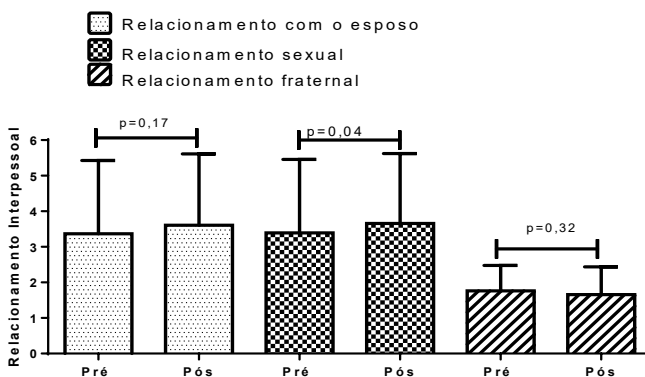
**Gráfico 1:** Satisfação com relacionamentos afetivos, sexuais e fraternais para amostra geral.



**Gráfico 2:** Satisfação com relacionamentos afetivos, sexuais e fraternais para grupo mastectomia com reconstrução mamária imediata (M+RMI).



**Gráfico 3:** Satisfação com relacionamentos afetivos, sexuais e fraternais para grupo mastectomia (M).



## Discussão

Neste estudo observa-se, de uma forma geral, que o tratamento de câncer de mama afetou negativamente a imagem corporal, o relacionamento afetivo e o relacionamento sexual das mulheres mas promoveu melhora no relacionamento fraternal. A piora na imagem corporal pode ocorrer por conta

das alterações no corpo decorrentes da retirada parcial ou total da mama; da cicatriz remanescente; da tatuagem e queimadura tecidual oriundas do tratamento radioterápico; dos efeitos adversos e sistêmicos da quimioterapia, tal como a alopecia, entre outros. O somatório de tudo isso ainda pode levar à alterações posturais. Esses fatores interferem na aparência da mulher contribuindo na alteração da imagem corporal e também na auto estima (HEINEY; MCWAYNE, 2005, p. 457-466; KALDA; MCKENZIE, 2003, p. 463-466).

A mama é um simbolismo muito importante para a mulher, pois representa sua feminilidade, e é um dos itens físicos pela qual se sente sexualmente atraente. Com sua retirada a mulher acaba se sentindo impotente e indesejada. A alteração da percepção da imagem corporal da mulher acontece a partir do momento em que há mudanças físicas. Após os procedimento terapêuticos do câncer de mama a mulher se vê diferente de como era antes. Isso se dá independentemente do tipo de cirurgia que foi submetida (QUEIROZ; SOUZA, 2013, p. 179-188). Estudos tem evidenciado que a insatisfação com a imagem corporal é maior em mulheres mastectomizadas mais jovens (D' ALESSANDRO *et al.*, 2014, p. 23-28). Em um estudo com 60 mulheres polonesas foi relatado que 80% das mulheres jovens cobriam seu corpo durante a relação sexual. Um outro estudo norte americano, com amostra de 546 mulheres jovens, com idade entre 22 e 50 anos, pôde-se observar uma grande dificuldade com a aceitação de sua imagem corporal (FOBAIR *et al.*, 2006, p. 579-594).

Outras pesquisas realizadas relatam que mulheres mastectomizadas mais velhas apresentam uma qualidade de vida melhor do que as mais jovens. Isso pode se dar pelo fato das mulheres mais jovens terem dificuldade de se adaptarem a nova imagem do seu corpo, e no caso das mais velhas, a feminilidade já não apresenta mais o mesmo valor (GURGEL *et al.*, 2009, p. 61-70; BARRA *et al.*, 2008, p. 367-371; ALDRIGHI *et al.*, 2006, p. 195-204). Em contrapartida, apenas um estudo relata que mulheres mais velhas apresentam maior dificuldade em olhar para seu corpo após anos de cirurgia (D' ALESSANDRO *et al.*, 2014, p. 23-28). Um estudo sobre reconstrução da mama relata que essas mulheres recuperam mais rápido sua feminilidade, sentem-se mais completas e

confiantes ao usar qualquer tipo de roupa e melhora na relação sexual com o parceiro (FONG *et al.*, 2008). No presente estudo, com relação aos relacionamentos afetivos, ao analisar a amostra geral dos grupos pode-se ver piora nos relacionamentos afetivo e sexual com o companheiro. Ao separar os grupos, comparando o pré e pós-operatório nos aspectos de relacionamentos afetivos, sexuais, entre as mulheres reconstruídas (M+RMI) não se observa diferença estatisticamente significativa no relacionamento afetivo com o companheiro, mas há piora significativa nos aspectos sexuais. Gurgel *et al.* (2009, p. 61-70) mostrou um declínio na atividade sexual em mulheres com M+RMI em relação à quem realiza quadrantectomia ou mastectomia radical. Podendo ser explicado em parte, pelo fato de haver alteração tátil que ocorre com a prótese ou retalho miocutâneos, por conta da ausência do mamilo e da assimetria usualmente observada entre a mama normal e a reconstruída.

Nas mulheres não reconstruídas (M) não foi observado piora significava no relacionamento afetivo com o companheiro, embora haja piora no aspecto sexual. A literatura é escassa em discutir este tema, porém há relatos que relacionamentos abalados antes do diagnóstico, acabaram se desestruturando ainda mais. Muitos casais passam por vários problemas, tal como traição por parte de esposo, levando até mesmo ao divórcio. Contudo, alguns casais podem chegar a uma maior maturidade, através do diálogo. Nestes casos, as mulheres relatam que o relacionamento com o esposo tornou-se mais forte (MOLINA; MARCONI, 2006, p. 514-520). No presente estudo não observamos impacto negativo nos relacionamentos sociais e fraternais. Segundo a literatura o apoio da família torna-se imprescindível. O apoio dos amigos e principalmente da família, permite às mulheres encarar o tratamento da melhor maneira possível (CONCEIÇÃO *et al.*, 2010, p. 725-734). Com relação aos amigos nota-se que os relacionamentos que eram consolidados continuam fortalecendo, trazendo melhor bem-estar para a mulher (MOLINA; MARCONI, 2006, p. 514-520). No relacionamento social dessas mulheres não teve alterações, mas sim, melhoras. Acredita-se que a fisioterapia através de orientações pode fortalecer os laços de amizades e motivá-las a fazer novas amizades. Contato com outras mulheres na

mesma situação e compartilhamento de experiências torna-se mais confiante, melhorando a autoestima e conseqüentemente a vida social.

Alguns estudos sobre qualidade de vida podem colaborar no entendimento desses impactos negativos na auto imagem e nos relacionamentos. Há piora na qualidade de vida das mulheres que relatam dores, incapacidades funcionais, náuseas, vômito, fadiga, disfunção cognitiva, além de muitas vezes passarem por falência ovariana e mudanças na função sexual induzidas pela quimioterapia (SANTOS *et al.*, 2014, p. 1342-1355). No entanto, mulheres com câncer de mama que tem um maior nível de religiosidade e espiritualidade apresentavam melhor qualidade de vida. A proximidade com Deus auxilia no enfrentamento da doença trazendo paz e sentido à vida. Em consequência, maior bem estar funcional, familiar, saúde mental e menor angústia relacionada ao câncer (DE MAJORS *et al.*, 2009, p. 831-840; BLANK *et al.*, 2009, p. 730-741). Tais fatores podem favorecer a aceitação com a nova imagem corporal e contribuir com melhor relacionamento com o cônjuge.

O fisioterapeuta pode contribuir positivamente ao minimizar complicações físicas e favorecendo a aceitação da nova imagem corporal. No entanto, este trabalho não deve ser isolado. É fundamental a participação de uma equipe multidisciplinar composta por psicólogo, nutricionista e educador físico. Embora não tenha sido avaliado o estilo de vida dessas mulheres, este é um fator importante para prevenção do câncer ou para sucesso e menores complicações dos tratamentos. Estudos mostram que para essas mulheres terem uma qualidade de vida melhor precisam fazer uma mudança no estilo de vida por meio da dieta e atividade física. A ingestão rica em fibras, com menor quantidade de gordura e a prática de atividade física regular fazem com que os efeitos colaterais do tratamento sejam reduzidos (BOTELLALÓPEZ *et al.*, 2011, p. 13-18; PADILHA; PINHEIRO, 2004, p. 251-260). Assim, vale considerar a mudança no estilo de vida para melhores resultados na imagem corporal e nos relacionamentos afetivos dessas mulheres.

O profissional de fisioterapia além contribuir na melhora da imagem corporal, pode ajudar no aspecto social, físico, afetivo. A fisioterapia tem um papel



muito importante na vida dessas mulheres, tanto no pré-operatório como no pós-operatório, tanto as alterações físicas e até mesmo nas psicológicas. Um atendimento fisioterapêutico pode objetivar um enfoque global. Assim, o fisioterapeuta usará seus conhecimentos da doença, das complicações e associará à atendimentos em grupos onde gera-se troca de experiências, incentivo à novas conquistas e mudanças no estilo de vida, enfrentamento de desafios e promoverá palestras motivacionais. Também pode contribuir com exercícios posturais, orientação aos familiares e cônjuge e ainda orientar as mulheres sem reconstrução quanto ao uso de enchimentos ou prótese no seu dia-a-dia.

A atuação da fisioterapia na reabilitação dessas mulheres na prática ainda é pouco frequente na maioria dos hospitais. Mais estudos correlacionando a autoimagem, relacionamentos afetivos e participação do fisioterapeuta precisam ser desenhados e pesquisados. Só assim, os fisioterapeutas se atentarão para estes aspectos de enorme relevância e ainda pouco considerado nas equipes de atendimento à mulher com câncer.

## Referência

ALCÂNTARA, P. S. M.; PEREIRA, C. M. A.; VIEIRA, E. O. Y. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n. 2, 2005.

ALDRIGHI, J. M.; CONDE, D. M.; JUNIOR, R. F.; NETO, P. A. M. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 3, 2006.

ANDOLHE, R.; GUIDO, A. L. Stress e coping no período perioperatório de câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, 2009.

ANDRADE, A. N.; DUARTE, T. P. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudo de Psicologia**, v. 8, n.1, 2003.

BARRA, A. A; DIAS, R. C; LOTTI, R. C. B; MAKLUF, A. S. D. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, 2008.

BLANK, O. T.; EDMONDSON, D.; GANZ, P. A.; KWAN, L.; PARK C. L.; STANTON, A. L.; YANEZ, B. Facets of spirituality as predictors of adjustment to cancer: relative contributions of having faith and finding meaning. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v.77, n. 4, 2009.

BOTELLALÓPEZ, M. C. B.; GUIÉRREZ, C. V.; LUCENA, N. M. G.; MACÊDO, G. D.; ROCHA, P. O. A.; SOARES, L. M. M. Influência do estilo de vida na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 4, 2011.

BRITO, J. S.; MARCELINO, J. F. Q. Desempenho ocupacional de mulheres submetidas à mastectomia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 3, 2014.

CAMILO, M.E; CORONHA, A. L; RAVASCO, P. A importância da composição corporal no doente oncológico Qual a Evidência? **Acta Médica Portuguesa**, v. 24, n. 4, 2011.

CONCEIÇÃO, V. M.; LEITE, T. V.; MEIRELES, W. N.; OLIVEIRA, J. L.; RODRIGUES, I. L. A.; SANTANA, M. E.; SANTOS, L. M. S.; SILVA, S. E. D.; SOUSA, R. F.; VASCONCELOS, E. V. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 5, 2010.

D'ALESSANDRO, A. A. B.; JUNIOR, R. F.; PRATES, A. C. L.; PRATES, M. F. O.; VELOSO, M. F. Indicadores de insatisfação relacionados à **imagem corporal em pacientes** submetidas à mastectomia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 24, n. 1, 2014.

MAJORS, S. S.; MILLER, A. R.; RAMIREZ, A. G.; WILDES, K. A. The religiosity/spirituality of Latina breast cancer survivors and influence on healthrelated quality of life. **Psychooncology**, v. 18, n. 8, 2009.

ELSNER, V.R.; HORN, C. C.; TRENTIN, R.P. Efeito da hidroterapia na qualidade de Vida de mulheres mastectomizadas. **Revista Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 2, 2009.

FOBAIR, P.; STEWART, S. L.; CHANG, S.; D'ONOFRIO, C.; BANKS, P. J.; BLOOM, J. R. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. **Psychooncology**, v. 15, n. 7, 2006.

FONG, E.; SHAMEEM, H.; YIP, C. H. Immediate Breast Reconstruction after Mastectomy - Why do Women Choose this Option? **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, v. 9, 2008.

FRIO, C. C.; GONZALEZ, M. C.; PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A. Influência da composição corporal sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 4, 2015.

GRAVE, M. T. Q.; KOETZ, L. C.E.; SEHNEM, E.; SILVA, S. H. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 2, 2014.

GURGEL, C. S. M; NETO, P. M. A; OSIS, D. J. M; MORAIS, S. S; HUGUET, R. P. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 2, 2009.

HEINEY, S. P.; MCWAYNE, J. Psychologic and social sequelae of secondary lymphedema. **CANCER August 1**, v. 104, n. 3, 2005.

HYPOLITO, K. P. P.; RIBEIRO, K. A. R. Importância da nutrição na prevenção e no tratamento de neoplasias. **Interciência & Sociedade**, v. 3, n. 2, 2014.

JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, 2008.

KALDA, A. L.; MCKENZIE, D. C. Effect of upper extremity exercise on secondary lymphedema in breast cancer patients: a pilot study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 3, 2003.

MOLINA, M.A.S; MARCONI, S.S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, 2006.

PADILHA, P. C.; PINHEIRO, R. L. O papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 3, 2004.

QUEIROZ, D. S.; SOUZA, L. R. A influência da mastectomia nos sentimentos da mulher e nas relações familiares: uma revisão da literatura. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 2, 2013.

SANTOS, D. B; SANTOS, M. A; VIEIRA, E. M. Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, 2014.

