

# SÍNDROME DA MAMA FANTASMA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS<sup>1</sup>

## PHANTOM BREAST SYNDROME: CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS

Katiuska Karen Flores Arruda<sup>2</sup> e Juliano Martinuzzi Ibaldo<sup>3</sup>

### RESUMO

As síndromes fantasmas estão relacionadas à sensação e dor após a amputação de uma extremidade ou retirada de um órgão, onde tais sensações podem surgir após semanas, meses ou anos. No caso da Síndrome da Mama Fantasma (SdMF), as sensações são de persistência, peso, dor, prurido e formigamento, diferentemente das outras síndromes, acontecem logo após a cirurgia. Estudos foram realizados objetivando a compreensão da fisiopatologia da SdMF e, como resultado concluiu-se que as áreas de representações sensoriais e motoras do córtex não permanecem silenciosas após a amputação. O objetivo desta revisão de literatura foi de compreender como ocorre o processo de reorganização cortical em pacientes que apresentam a SdMF após a intervenção cirúrgica da mastectomia. Com o estudo pôde-se perceber alguns exemplos na literatura, que demonstram essa plasticidade e adaptabilidade do cérebro, porém durante a pesquisa poucos casos da SdMF foram encontrados e não houve casos de relatos para exemplificar as sensações da mama após a mastectomia. Com isso, torna-se necessário a realização de estudos quantitativos e qualitativos com coleta de dados primários, com o objetivo de possibilitar um entendimento mais aprofundado sobre este tema.

**Palavras-chave:** síndrome da mama fantasma; sintomas e tratamento; auto estima.

**ABSTRACT** Phantom syndromes are related to sensation and pain after amputation of an extremity or removal of an organ, where such sensations may appear after weeks, months or years. In the case of Phantom Breast Syndrome (SdMF), the sensations are of persistence, weight, pain, itching and tingling, unlike other syndromes, they happen right after the surgery. Studies were carried out aiming to understand the pathophysiology of SdMF and, as a result, it was concluded that the areas of sensory and motor representations of the cortex do not remain silent after amputation. The purpose of this literature review was to understand how the process of cortical reorganization occurs in patients who have SdMF after the surgical intervention of mastectomy. With the study it was possible to notice some examples in the literature, which demonstrate this plasticity and adaptability of the brain, however during the research few cases of SdMF were found and there were no cases of reports to exemplify the sensations of the breast after mastectomy. Thus, it is necessary to carry out quantitative and qualitative studies with the collection of primary data, in order to enable a deeper understanding of this topic.

**Keywords:** phantom breast syndrome; symptoms and treatment; self esteem.

---

<sup>1</sup> Trabalho de Iniciação Científica.

<sup>2</sup> Acadêmicos do Curso de Tecnologia em Radiologia - Universidade Franciscana - UFN. E-mail: kk.tchuca@hotmail.com

<sup>3</sup> Orientador - Universidade Franciscana - UFN. E-mail: julianoibaldo@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A presente pesquisa emerge da necessidade e da vontade de buscar compreender os conceitos, estudos e comentários de especialistas acerca da Síndrome da Mama Fantasma, buscando dialogar ao longo do texto com diferentes autores e teorias a fim de estabelecer uma conexão entre os estudos realizados ao longo da graduação e as teorias encontradas e estudadas de maneira voluntária para complementar o estudo proposto. A pesquisa tem como objetivo analisar de maneira bibliográfica a ocorrência da mama fantasma, suas características clínicas e sua evolução de modo a responder os questionamentos propostos.

A síndrome fantasma, conforme Cunha (2002) é um processo clínico que acontece no período pós operatório da amputação de uma extremidade ou da retirada de outros órgãos. Com isso, o paciente tem a sensação e dor no local do membro amputado. No que diz respeito à mama, a síndrome fantasma se apresenta de diferentes formas, com sensação de peso, formigamento ou dor. Pode se apresentar como sensação de mama fantasma (SMF) ou dor na mama fantasma (DMF), ambas podem ocorrer em toda ou em apenas uma parte da mama amputada. A síndrome da mama fantasma (SdMF) constitui-se no aparecimento simultâneo da dor e da sensação fantasmas, sendo clinicamente variável quanto à intensidade e ao intervalo de tempo entre a mastectomia e o início dos sintomas. (Cunha, 2002).

Segundo David (1993), a literatura descreve que o fato de a área cortical somatossensorial que representa a mama ser relativamente pequena pode influenciar na incidência pequena da síndrome quando comparada com a síndrome fantasma em outros órgãos ou membros. Provavelmente, o número de casos é maior do que o relatado na literatura, tendo em vista que tradicionalmente o pouco conhecimento da ocorrência de dor em locais amputados leva a maioria dos profissionais a subvalorizar tal achado, além da inibição das pacientes em descrever a dor fantasma por receio de serem classificadas em alguma desordem mental por seus médicos.

Embora fisiopatologicamente iguais, os fenômenos fantasmas relacionados à mama distinguem-se daqueles das demais amputações, pois, nestes, a sintomatologia aparece logo após a cirurgia, enquanto naquelas podem passar semanas, meses ou até mesmo anos. A retirada da mama acarreta consequências emocionais, funcionais e sociais a quem passa por este procedimento, como a chamada dor fantasma, mas estas ocorrências não se resumem apenas à retirada da mama. De acordo com Silva (2008), o diagnóstico do câncer geralmente é acompanhado de uma carga devastadora na vida de quem o recebe e isto está relacionado a vários fatores, como temor pelas mutilações e desfigurações no corpo possíveis de acontecerem devido aos tratamentos, medo da morte, assim como as perdas que ocasionalmente ocorrem nas esferas emocional, social e também material. Ao ser detectado o câncer, Faria, Freitas-Junior e Silva (2013) afirmam que o processo terapêutico irá depender do estadiamento, ou seja, da extensão do câncer. O tratamento cirúrgico, como afirmam Couceiro, Menezes e Valença (2009) pode ser compreendido em operações não conservadoras e conservadora. O procedimento cirúrgico da mastectomia é citado por Silva (2008) como um tratamento primário que, tanto pode restringir-se ao tumor, alcançar tecidos circundantes, ou então, a retirada da mama, assim como dos linfonodos da região axilar e dos músculos peitorais, sendo a mastectomia radical modificada a intervenção mais utilizada, que remove a mama junto com os linfonodos axilares, existindo também outros tipos de tratamento como a hormonioterapia, radioterapia e a quimioterapia.

De acordo com Silva (2008), a retirada do tumor não necessariamente significa que as representações de dor, das mutilações que desfiguram, assim como a ameaça de morte irão desaparecer, pois o fantasma da metástase, ou seja, da possibilidade deste câncer migrar para outra parte do corpo também se torna recorrente. Podendo ocorrer também, a síndrome da mama fantasma. A síndrome fantasma, de acordo com Silva e outros autores (2007) é uma entidade

clínica que ocorre no período pós-operatório da amputação de uma extremidade ou da retirada de um órgão, os indivíduos sentem sensação e dor no local do membro amputado, como se o mesmo ainda estivesse presente.

Relacionado à incidência desta síndrome, Medina e outros autores (2015, p. 398) mencionam que varia de acordo com o método de avaliação utilizado, “ocorrendo em cerca de 20 a 80% das pacientes logo após a mastectomia ou tardiamente, após um ano de procedimento cirúrgico”, podendo ocasionar um prejuízo na qualidade de vida das pacientes devido a produção de alterações funcionais. Relacionado à mama, Silva e outros autores (2007) descrevem que os sintomas são sensações de persistência, peso, prurido e formigamento, esta síndrome da mama fantasma (SdMF) pode variar conforme a intensidade e o intervalo de tempo entre a mastectomia e o início dos sintomas, ocorrendo em toda a mama ou em apenas uma parte.

Segundo Silva (2008) o sofrimento psicológico da mulher com o câncer de mama, tendo também de passar por tratamentos difíceis, vai além da própria doença, pois está relacionado à sexualidade, a feminilidade e maternidade. Ou seja, não é apenas o seio, mas o que a imagem corporal significa para a mulher em todos os demais aspectos de sua vida. Medina e outros autores (2015) afirmam que os fatores de risco ainda não estão bem esclarecidos na literatura, no entanto, alguns artigos sugerem que o público que apresenta maior risco para desenvolver a SdMF são mulheres jovens, que tiveram complicações pós-operatória, com alterações emocionais ou na percepção corporal.

## **MODULAÇÃO DE NEUROGENESE**

Para Valasques e Silva (2013) a modulação de neurogênese está relacionada a fatores internos e externos que contribuem com o desenvolvimento de novos neurônios. De acordo com Lundy-Elkman (2011, p. 63) as “lesões que danificam ou seccionam os axônios de neurônios causam degeneração, mas podem não ocasionar a morte da célula. Alguns neurônios têm a capacidade de regenerar seu axônio”. O autor afirma que diferente das lesões que ocorrem no axônio, às lesões que destroem o corpo celular de um neurônio, ocasiona na morte celular.

Silva e Camargo (2010, p. 96) descrevem que:

A regeneração é um processo lento de forma que os brotos axonais, também chamados de cones de crescimento, crescem a partir do coto proximal numa velocidade de aproximadamente 1-2mm por dia, ou um centímetro por mês. Os cones de crescimento são ricos em mitocôndrias e componentes citoesqueléticos e se propagam em direção aos órgãos alvos sob a orientação de fatores tróficos, quimiocinas e proteínas de adesão celular produzidas pelo local da lesão.

Lundy-Ekman (2011) afirma que com a morte de neurônios, a recuperação funcional é determinada pelo sistema nervoso, por intermédio da reorganização funcional do sistema nervoso central, pelas modificações de sinapses específicas, e pela liberação de neurotransmissores relacionados à atividade neural.

Segundo Valasques e Silva (2013, p. 13) a reorganização neuronal e a mudança na força das sinapses acarretam no denominado aumento ou diminuição do tempo para resposta sináptica, “que são decorrentes de neurotransmissor excitatório glutamato juntamente com o do neurotransmissor inibitório ácido gama-aminoburítico (GABA) nos neurônios pré e pós-sinápticos”. No entanto, Lundy-Elkman (2011, p. 65) descreve que “os mecanismos sinápticos incluem a recuperação da eficácia sináptica hipersensibilidade de desnervação, hipereficácia sináptica e o desmascarar de sinapse silenciosas”. Diante das alterações sinápticas após lesão:

A recuperação da eficácia sináptica se dá com a redução do edema local que interferia na condução de potenciais de ação. A hipersensibilidade de desnervação ocorre

quando a destruição de neurônios pré-sinápticos elimina o suprimento adequado de neurotransmissores dos neurônios pós-sinápticos. Os neurônios pós-sinápticos formam novos receptores nos terminais remanescentes. A hipereficácia sináptica ocorre quando há perda de alguns terminais pré-sinápticos. Os neurotransmissores se acumulam nos terminais axônicos não lesados, ocasionando a liberação excessiva do transmissor nos terminais remanescentes. (LUNDY-EKMAN, 2011, p. 66).

Demidoff, Pacheco e Sholl-Franco (2007) pontuam que em indivíduos amputados pode-se observar alterações sinápticas que explicam o fortalecimento (desinibição) de sinapses que anteriormente eram designadas como silenciosas. Na perspectiva de Bear, Connors e Paradiso (2008, p. 718):

As sinapses “silenciosas” anunciam sua presença somente quando um número suficiente de sinapses é ativado ao mesmo tempo, de forma a promover a despolarização suficiente para liberar o  $Mg^{2+}$  que bloqueia o canal do receptor NMDA.

Os autores ressaltam que para a sinapse silenciosa existir, é necessário que se tenha uma alta atividade relacionada, para que haja reforço sináptico durante o desenvolvimento.

Bear, Connors e Paradiso (2008, p. 718) descrevem que:

Talvez os receptores NMDA atuem como detectores hebbianos de atividade simultânea pré e pós-sináptica, e a entrada de  $Ca^{2+}$  através do canal do receptor NMDA desencadeie mecanismos bioquímicos que modifiquem a eficiência da sinapse. Essa hipótese foi testada estimulando-se axônios eletricamente para monitorar a intensidade da transmissão sináptica antes e depois de um episódio de forte ativação do receptor NMDA.

Diante disso, os autores ressalvam que, conseqüentemente a estes resultados de forte ativação do NMDA, há um fortalecimento na transmissão sináptica denominado, de potenciação de longa duração (LTP), responsável pela resultante inundação de íons  $Ca^{2+}$  no dendrito sináptico e pela inserção de receptores AMPA novos, na membrana sináptica.

## **REORGANIZAÇÃO CORTICAL**

Quando ocorre lesão no sistema nervoso, o cérebro utiliza diversos mecanismos no intuito de superar o dano. Partindo dessa premissa, Chopra (2013) descreve que o sistema nervoso central não possui a mesma qualidade e rapidez no processo de regeneração, como a identificada no sistema nervoso periférico, mas, por meio da neuroplasticidade, o cérebro consegue remapear e remodelar suas conexões, diante dos danos causados. Lundy-Elkman (2011, p. 65) afirma que “no cérebro adulto, as áreas corticais ajustam rotineiramente a maneira pela qual processam informações e conservam a capacidade de desenvolver novas funções”. Dias e outros autores (2011) ressaltam que os mapas de áreas funcionais do córtex sensorio-motor não são rígidos, e mudam de acordo com as influências que recebem. Diante disso, Lundy-Elkman (2011, p. 66) descreve que “a estimulação repetida de vias somatossensoriais podem causar aumentos em neurotransmissores inibitórios, ocasionando menor resposta do córtex sensorial à estimulação excessiva”. O autor ressalva que quando ocorre de maneira insuficiente, à estimulação poderá provocar um efeito contrário, deixando o córtex suscetível a estímulos sensoriais fracos.

A representação cortical do corpo é altamente plástica. Diante disso, Krebs, Weinberg e Akesson (2013, p. 248) afirmam que a área do córtex que representa qualquer área específica do corpo pode mudar com o tempo em resposta a “presença ou ausência de inputs de uma determinada área do corpo”. As autoras exemplificam que quando um membro é amputado, a representação cortical daquele membro é alterada, e outras áreas do corpo adjacentes assumem aquela parte do córtex.

## **A REORGANIZAÇÃO CORTICAL APLICADA A SÍNDROME DA MAMA FANTASMA**

Silva e outros autores (2007, p. 449) afirmam, conforme é descrito na literatura, “que o fato de a área cortical somatossensorial que representa a mama ser relativamente pequena pode influenciar na incidência pequena da síndrome quando comparada com a síndrome fantasma em outros órgãos ou membros”. Segundo Faria, Freitas-Júnior e Silva (2013) alguns estudos foram realizados com o objetivo de delinear a fisiopatologia da síndrome da mama fantasma e resultaram em dados, os quais afirmam que:

As áreas corticais que perdem a aferência de determinada parte do corpo não permanecem silenciosas, ao contrário, elas passam a responder à estimulação sensorial de partes corporais com a expansão da representação cortical de áreas adjacentes somatotopicamente sobre a área do córtex desaferentada após a amputação. (FARIA; FREITAS-JÚNIOR; SILVA, 2013, p. 114).

Silva e outros autores (2007) pontuam que a diferença entre a SdMF e as demais amputações, é que a síndrome apresenta a sintomatologia logo após a cirurgia e as outras em semanas, meses ou anos. Sobre isso, Ferraz (2007) ressalva que por meio de vários estímulos táteis no dorso, no tórax, no ombro, a mulher mastectomizada sente a presença de estímulos na mama amputada, principalmente na região do mamilo. Portanto, “a representação somatossensorial das regiões estimuladas está, provavelmente, adjacente à representação da mama amputada” (FERRAZ, 2007, p. 58), ou seja, a região pode estimular o neurônio que faz ligação com a região da mama amputada, demonstrando uma relação anátomo-funcional com o mamilo, na sensação e na dor fantasma.

Demidoff, Pacheco e Sholl-Franco (2007, p. 236) explicam que:

Quando ocorre a desaferenciação (perda da inervação sensorial de uma região) ou amputação de um membro as informações sensoriais periféricas se tornam inteiramente ausentes, fazendo com que neurônios no sistema nervoso central que até então recebiam informações daquela parte do corpo se tornem anormalmente hiperativos. Na dor do membro fantasma, a ausência dessas informações sensoriais faz com que neurônios nas vias nociceptivas se tornem excessivamente ativos. A superposição extensa de representações corticais que, normalmente estão separadas se relacionam com a intensidade da dor do membro, ou seja, a reorganização cortical maciça pode aumentar esse fator

Ferreira e outros autores (2014) ressaltam que a dor na mama fantasma ocorre com frequência nas regiões que foram lesionadas (axila, região medial do braço e/ou parede anterior do tórax afetado). Os autores ressaltam ainda que os sintomas relacionados a síndrome da mama fantasma incluem, sensação de queimação, choque, aperto do braço, tórax e/ou axila e agulhada dolorosa. Para Almeida, Camargo e Corrêa (2009) a reorganização neuronal por meio de treinamento de atividades sensoriais e experiências comportamentais, podem acarretar numa sólida reorganização no córtex sensorio-motor, em adultos.

Nesta perspectiva, torna-se importante avaliar tais sintomas para que se possa estabelecer uma avaliação que proporcionem um tratamento e um prognósticos, aos quais possibilite minimizar os feitos físicos e emocionais na mulher. Ferraz (2007) afirma que a utilização de prótese mamária sugere relação com a diminuição da percepção da síndrome da mama fantasma. Medina (2015) ressalva que o suporte psicológico, o tratamento das dores que podem ocorrer no pós-operatório após a amputação, as orientações do cirurgião relacionadas ao pré-operatório e as mudanças na imagem corporal e o apoio dos cônjuges são fatores essenciais para minimizar as sensações e os sintomas que podem ocorrer após a mastectomia.

## REFLEXOS NA AUTO ESTIMA E NA QUALIDADE DE VIDA CAUSADOS PELA SINDROME DA MAMA FANTASMA

O indivíduo percebe e interpreta o mundo de acordo com suas experiências, seu aprendizado e sua constituição biopsíquica. A pessoa escolhe os modos de satisfazer suas necessidades de acordo com sua maneira de enfrentar o mundo, mesmo quando a experiência passa a ser percebida como uma ameaça. Em consequência, utiliza mecanismos para negar, omitir e distorcer com a finalidade de ajustar-se à ameaça, diminuindo os efeitos sobre si (FUREGATO, 2006). A autoestima (AE) influenciará na percepção frente a estas situações e no seu comportamento (MARÇOLA; VALE, 2007).

Há na literatura diversas definições para o construto AE, mas não há consenso, apesar de todas referirem-se ao valor e à competência de um indivíduo (TERRA, 2010). Desta forma, AE é a avaliação que a pessoa faz de si própria, a qual implica num sentimento de valor, expressa numa atitude de aprovação/desaprovação de si mesma (ROSENBERG, 1965). É um construto de personalidade que reflete a soma entre o que somos, como nos vemos e como os outros nos veem (FUREGATO, 2006).

Constitui também uma parte do autoconceito que começa a ser moldado na primeira infância (porém o nível de AE não é fixado definitivamente desde a infância – pode ocorrer um aumento à medida que ocorre o amadurecimento ou uma diminuição) e é o principal indicador de saúde mental (ASSIS et al., 2003; TERRA, 2010). Expressa um sentimento ou uma atitude de aprovação ou de repulsa a si mesmo e até que ponto o sujeito se considera capaz, significativo, bem-sucedido e valioso – podendo ser percebida através de relatos verbais e comportamentos (ASSIS et al., 2003).

Ainda, pode ser definida como o juízo pessoal de valor que o indivíduo tem dele mesmo (MARÇOLA; VALE, 2007); como o sentimento, o apreço e a consideração que a pessoa sente por si própria; o quanto ela gosta de si, como ela se vê e o que pensa de si mesma (DINI; QUARESMA; FERREIRA, 2004). A AE é a forma de se expressar que é consciente de sua existência. É a união da confiança e do respeito a si mesmo. Dispor de uma rede social forte, estável e positiva e adotar uma filosofia positiva ante a vida contribuem para manter e/ou restabelecer um bem estar psicológico e, conseqüentemente, uma boa AE (QUIALA; RODRÍGUEZ, 1999). De acordo com Terra (2010), alguns fatores podem influenciar a AE, como a idade, o sexo, o estado civil e as doenças que acometem a pessoa. Da mesma maneira, o abuso de drogas, a gravidez precoce, a delinquência, o suicídio, as agressões escolares, a depressão e a prostituição estão associados a uma baixa AE.

Ter uma AE alta é sentir-se confiantemente adequado à vida, é tender-se a um “afeto positivo”, acreditar na sua competência e no seu valor, demonstrar capacidade para lidar com desafios e conseguir adaptar-se mais facilmente a uma situação. O ser não se considera pior que os demais, embora reconheça suas limitações e expectativas para crescer. Ter uma AE média é flutuar entre sentir-se adequado e inadequado, certo ou errado como pessoa. Uma AE baixa é sentir-se errado como pessoa. Normalmente, são indivíduos mais sensíveis a críticas, têm sentimentos de menos valia, inferioridade, isolamento, insegurança, rigidez, medo do novo, conformismo e postura defensiva. Quanto maior a autoestima, melhor equipado se estará para lidar com as adversidades da vida e maiores as chances de se obter sucesso e de se manter relações saudáveis (BRANDEN, 2000; ASSIS et al., 2003; TERRA, 2010).

A preocupação com a qualidade de vida (QV) era sentida desde a década de 20 do século passado quando se debatia sobre a forma de suporte governamental para a classe social menos favorecida (QUAGGIO, 2005). Porém, o termo foi esquecido e ganhou nova repercussão em 1964 quando o então presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, declarou que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos

através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”. Desde então, tal terminologia vem sendo uma das mais comentadas e discutidas (MONTEIRO et al., 2010).

Na área da saúde, o conceito de QV foi introduzido na década de 80 com o objetivo de avaliar o impacto não médico da doença crônica e como critério de avaliação da eficácia dos tratamentos psicossociais e médicos. Porém, mesmo decorridos 14 anos, a terminologia ainda não possuía uma definição unânime, por questões teóricas e metodológicas (PAREDES et al., 2008). Surge desta maneira a conceptualização do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde, na qual QV é “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1994).

Ainda hoje, há diferentes conceitos devido à complexidade da terminologia, pois esta inclui uma variedade de condições que a afetam, como: a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, ao estado de saúde e intervenções médicas (HUGUET et al., 2009).

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), a QV está inteiramente relacionada às necessidades do ser humano, assim como suas aspirações, o que implica para o indivíduo ter um entendimento individual e social sobre a sua existência. Remete-se a esse termo a evolução tecnológica, científica e social contemporânea, que interveio no que o homem considera de valores e conceitos. É um termo de entendimento do homem que se relaciona com o grau de prazer obtido com a família, o meio social, os amores, a imagem corporal e o meio ambiente.

Independentemente do conceito utilizado, de modo geral, o paciente oncológico sofre uma deterioração progressiva, limitações funcionais, físicas e psicológicas que aumentam com o tempo e conduzem a uma dependência aos familiares, aos cuidadores e à equipe de saúde hospitalar, afetando a QV do portador de câncer e de seus familiares (PAREDES et al., 2008). Desta maneira, a oncologia tem sido responsável por várias pesquisas na temática QV, devido à agressividade dos tratamentos e, principalmente, à mudança no perfil da doença que deixa de ter um caráter fatal e passa a ser crônico (HUGUET et al., 2009). Além do que, ao se avaliar a QV, considera-se a percepção subjetiva do cliente, um importante passo para uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do CA (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2006).

Saber do diagnóstico de uma doença oncológica não mobiliza apenas a pessoa acometida por esta doença, mas sim toda a sua família e as pessoas com as quais mantêm relações, constituindo momentos de intensa angústia, sofrimento e ansiedade (Bergamasco & Angelo, 2001; Venâncio, 2004). Isso porque o câncer ainda está associado a dor, sofrimento, angústia, afastamento das rotinas diárias e incerteza quanto ao futuro, além de seu diagnóstico trazer a ideia de uma "sentença de morte", mutilações e dor ao imaginário daqueles que sofrem. (Kovács, 1998; Carvalho, 1998).

Falar de mama e de mulher é nos remeter ao feminino. Falar de câncer de mama na mulher é nos fazer pensar não só na doença em si, mas também em tudo que envolve o feminino, no impacto psíquico provocado na vida desse ser e na qualidade de vida que terá a partir do diagnóstico dado. Consta em Brasil (1996) que esse é o tipo de câncer mais temido pelas mulheres, pois afeta não só a sua própria imagem cultural, mas também a percepção da sexualidade.

Cantinelli et al (2006) afirmam que a mama é a metonímia do feminino e que o seu acometimento expõe essa população a uma série de questões como o seu posicionamento como mulher atraente e feminina ou a mãe que amamenta, além de se deparar com questões existenciais relacionadas à finitude, à morte. Discorrem, ainda, que a forma como cada uma irá lidar com o seu processo de adoecimento dependerá de inúmeros fatores que irão influenciar direta ou indiretamente sua qualidade de vida, tais como idade, status econômico, estágio da doença, processo de tratamento, contexto familiar, relação marital, perspectiva de futuro, entre outros.

Além de todas as preocupações advindas do saber que se está com câncer de mama, é possível encontrar presentes outras angústias ligadas à feminilidade, maternidade, sexualidade e imagem psíquica que tem de si mesma, já que o seio é uma parte do corpo da mulher repleta de simbolismo e feminilidade não só para ela, mas também culturalmente, além de ter um importante significado em sua vida sexual (Venâncio, 2004; Rossi & Santos, 2003; Avelar, et al, 2006; Silva et al, 2007).

Bergamasco e Angelo (2001) acrescentam ainda que os significados atribuídos ao viver com uma doença estigmatizante afetam profundamente a maneira como a mulher percebe tanto a sua doença quanto as respostas dadas por outras pessoas com relação a sua nova condição, fazendo com que haja a reflexão, posteriormente, acerca da necessidade de desempenhar novos papéis, reconstituir sua identidade, familiarizar-se com seu corpo e estabelecer novas metas e propósitos de vida, descobrindo maneiras de ter uma melhor qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como: "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Makluf et al 2006; Sales et al, 2001). Para Minayo et al (2000), esse conceito está baseado na concepção de que qualidade de vida é uma construção subjetiva, multidimensional e composta por elementos positivos e negativos, dada a percepção do indivíduo em questão. Pressuposto que Segre e Ferraz (1997) já trazia como algo intrínseco, uma concepção subjetiva, que só é possível ser avaliada pelo próprio sujeito, pois prioriza-se a subjetividade, já que a realidade é a de cada um e a qualidade de vida é influenciada, também, segundo Conde et al (2006), por fatores socioculturais.

É a partir dessa visão de qualidade de vida que a abordagem terapêutica dos pacientes com câncer está deixando de ser focada apenas no prolongamento da sobrevida para ser direcionada também nos cuidados durante e após o tratamento oncológico, tornando-se um parâmetro importante a ser considerado na decisão acerca da terapia mais adequada ao paciente para trazer não só "anos à vida", mas também "vida aos anos". (Avelar et al, 2006; Conde et al, 2006; Huguet et al, 2009). Daí a importância de haver cuidados interdisciplinares direcionados não só ao usuário, mas aos seus familiares. (Bergamasco & Angelo, 2001; Sales et al, 2001).

A mulher que teve sua autoestima e qualidade de vida afetadas pela retirada da mama e pela síndrome da mama fantasma precisa estar em permanente processo de construção de novas visões de mundo, buscando atendimento psicoterápico em prol da aceitação do seu corpo, evidenciando a qualidade de vida e a beleza feminina muito além de um corpo físico, mas sim através da vontade e da necessidade de ter uma vida baseada na reconstrução permanente de seus sonhos e vontades.

## **MÉTODOS E TRATAMENTOS PARA ALIVIAR OS SINTOMAS CAUSADOS PELA SDMF**

Muitos pacientes desenvolvem dor crônica secundária aos tratamentos contra o câncer, a mastectomia é um destes, assim como as terapias combinadas a ela, sejam a quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia.

As cirurgias são de três tipos:

- Mastectomia – retirada parcial ou total da mama



- Lumpectomia – cirurgia com preservação da mama e
- Quadrantectomia – remoção de um quarto da mama e às vezes algum tecido da axila e os linfonodos.

### **As modalidades terapêuticas de acordo com o INCA**

- Farmacoterapia: anti-convulsivantes e anti-depressivos (ex.: amitriptilina, venlafaxina, gabapentina); medicamentos tópicos – capsaicina para a pele/inflamações da pele
  - Fisioterapia – a dor pode fazer a pessoa poupar o braço e sobrecarregar outra parte, limitar os movimentos do braço e perder a rotação do ombro; exercícios focados em braços, ombros e peito.
  - Ortopedia – poderá ser encaminhado para o ortopedista se tiver a síndrome do ombro congelado
  - Psicoterapia: terapia cognitivo-comportamental
  - Terapias alternativas – acupuntura, massagem, drenagem linfática, exercícios de relaxamento
- E, não se pode esquecer da boa nutrição, da boa noite de sono e dos exercícios.

### **CONCLUSÃO**

A SdMF ainda não tem sua fisiopatologia bem esclarecida e é menos estudada do que fenômenos fantasmas nas amputações de membros. A literatura descreve que o fato de a área cortical somatossensorial que representa a mama ser relativamente pequena pode influenciar na incidência pequena da síndrome quando comparada com a síndrome fantasma em outros órgãos ou membros. A SdMF é frequente e é relatada quando sistematicamente investigada, ocorre diariamente, mas sem um predomínio de período do dia para o surgimento. Resultados demonstram a importância da avaliação da dor nesta população, principalmente no período pré-operatório, para que possam ser descartadas as causas osteomioarticulares.

Embora fisiopatologicamente iguais, os fenômenos fantasmas relacionados à mama distinguem-se daqueles das demais amputações, pois, nestes, a sintomatologia aparece logo após a cirurgia, enquanto naquelas podem passar semanas, meses ou até mesmo anos. As explicações repousam na pobreza de fenômenos cinestésicos e na pequena representação da mama como órgão somatossensorial. A etiopatogenia da SdMF não está clara. Todavia, tem sido associada a fatores emocionais, como ansiedade e depressão, aumento da nocicepção, alterações da percepção dos estímulos algícos, entre outros.

É fundamental diferenciar a SdMF de outros tipos de dor crônica que podem acometer pacientes mastectomizadas. Sintomas crônicos como dor no sítio cirúrgico e parestesias no braço ipsilateral podem ocorrer em cerca de metade das pacientes tratadas por câncer de mama. Esses sintomas são mais frequentes em mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama. Complicações pós-operatórias, radioterapia e quimioterapia parecem ser fatores de risco para o aparecimento da SdMF.

A síndrome da mama fantasma pode ocorrer em qualquer pessoa que tenha retirado a mama em função de câncer, no entanto os danos da síndrome não são apenas físicos, mas afetando também a autoestima e a qualidade de vida do paciente, uma vez que principalmente as mulheres têm a mama ligada à feminilidade e com isso sentem-se prejudicadas. Com isso, é preciso encaminhar as mesmas para atendimento psicoterapêutico buscando incentivar as pacientes a terem uma vida saudável e na sua plenitude.

## REFERÊNCIAS

ASSIS, S. G. et al. (2003) **A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde**. Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 669 – 680.

BEAR, M.F.; CONNORS, B.W.; PARADISO, M.A. (2008) **Neurociências: desenvolvendo o sistema nervoso**. 3.ed. Porto Alegre: Artmed.

BRANDEN, N.(2000) **Autoestima: como aprender a gostar de si mesmo**. São Paulo: Saraiva.

CHOPRA, D. (2013) **Super cérebro: Como explicar o poder transformador da sua mente**. São Paulo: Alaúde.

**COUCEIRO**, Tania Cursino de **Menezes**; **MENEZES**, Telma Cursino de and **VALENCA**, Marcelo Moraes.(2009) Síndrome da mama fantasma, vol.59, n.3, pp.358-365.

Cunha AMR, Lemônica L. (2002) **Incidência da síndrome da mama fantasma e suas características clínicas**. Rev Bras Mastologia.

David RW. (1993) **Phantom sensation, phantom pain, and stump pain**. Arch Phys Med Rehabil.

DEMIDOFF, A.O.; PACHECO, F.G.;SHOLL-FRANCO, A. (2007) **Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente**. Ciências & Cognição, v.12.

DIAS, L.I.N. et al. (2011) **Revisão sobre a reorganização funcional após lesão cerebral**. Ensaios e Ciências: Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde, v.15, n.6, p.207-218.

DINI, G. M.; QUARESMA, M. R.; FERREIRA, L. M. (2004) **Adaptação cultural e validação da versão brasileira da Escala de Auto-estima de Rosenberg**. Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 41-52.

FARIA, S.S.; FREITAS-JUNIOR, R.; SILVA, P.L.(2013) **Prevalência e perfil clínico da síndrome de mama fantasma: revisão integrativa**. Revista de Cancerologia, v.54, n.1, p.113-122.

FUREGATO, A. R. F. et al. (2006) **Depressão e autoestima entre acadêmicos de enfermagem**. Revista de Psiquiatria Clínica, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 239-244.

KREBS, C.; WEINBERG, J.; AKESSON, E. (2013) **Neurociências ilustrada**. Porto Alegre: Artmed.

LUNDY-ELKMAN, L. (2011) **Neurociências: fundamentos para reabilitação**. 3.ed. Rio de Janeiro: Elsevier.

MAKLUF, A. S. D.; DIAS, R. C.; BARRA, A. A. (2006) **Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama**. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58.

MARÇOLA, L.; VALE, I. N. (2007) **Avaliação da auto-estima de gestantes: subsídio para proposição de intervenções que favorecem o vínculo com o bebê**. In: CONGRESSO INTERNO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNICAMP, 25., 2007, Campinas. Anais... Campinas: FCM/UNICAMP.

MEDINA, J.M.R. et al. (2015) **Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.37, n.9.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. (2000) **Qualidade de vida: um debate necessário**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18.

MONTEIRO, R. et al. (2010) **Qualidade de vida em foco**. Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, São José do Rio Preto, v. 25, n. 4, p. 568-574.

QUAGGIO, C. M. P. (2005) **Hanseníase: qualidade de vida dos moradores da área social do Instituto Lauro de Souza Lima**. 2005. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Secretaria da Saúde, Coordenadoria de Controle de Doenças, São Paulo.

QUIALA, M. F.; RODRÍGUEZ, I. Z. (1999) **Autoestima en el personal de enfermería**. Revista Cubana de Enfermería, Cuba, v. 15, n. 3, p. 184-189.

ROSENBERG, M. (1965) **Society and the adolescent selfimage**. New Jersey: Princeton University Press.

SILVA, C.K.; CAMARGO, E.A. (2010) **Mecanismos envolvidos na regeneração de lesões nervosas periféricas**. Saúde e Pesquisa, v.3, n.1, p.95-98.

SILVA, L.C. (2008) **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. Psicologia em estudo, v.13, n.2, p.231-237.

Silva, V. C. E. (2008). **O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente**. Dissertação de Mestrado, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Programa interinstitucional USP/ UEL/ UNOPAR, São Paulo.

TERRA, F. S. (2010) **Avaliação da ansiedade, depressão e autoestima em docentes de Enfermagem de universidade pública e privada**. 2010. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

THE WHOQOL GROUP. (1994) **Development of the WHOQOL: Rationale and current status**. International Journal of Mental Health, London, v. 23, n. 3, p. 24-56.

VALASQUES, B.B.; SILVA, A.P.R.S. (2013) **Reabilitação motora no acidente vascular encefálico: uma abordagem das neurociências**. Rio de Janeiro: Rubio.