



O PERFIL DA SEXUALIDADE EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Profª. Primeiro-Tenente (RM2-S) Psicóloga Maria Fernanda de Matos Maluf¹, Prof. Dr. Marco de Tubino Scanavino²

^{1,2} Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

¹ Departamento de Saúde do Comando do 8º Distrito Naval

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é a segunda causa de morte entre as brasileiras, com 49.800 casos novos.³

Os tratamentos oferecidos como o cirúrgico, quimio, radio e hormonioterapia promovem diferentes impactos no psiquismo feminino⁴, não somente na auto-imagem, mas também na auto-estima, autoconceito e na sexualidade^{2,5}.

As alterações na sexualidade em pacientes submetidas à mastectomia radical são amplamente estudadas no exterior, no Brasil iniciou-se com Maluf¹, através da avaliação de dezenove mulheres com três meses de pós-cirúrgico, onde observou-se indícios de comprometimento na função sexual das mulheres submetidas à mastectomia radical sem reconstrução (anorgasmia), ao compara-se àquelas com reconstrução mamária, afetando sua feminilidade em 15,53%.

No atual estudo, aprofundamo-nos na investigação das possíveis alterações na vivência da sexualidade em mulheres submetidas à mastectomia radical e as implicações na identidade feminina, desde o momento diagnóstico, pelo período de um ano.

MÉTODO

Participantes

No período de outubro de 2004 a novembro de 2007, selecionaram-se 52 mulheres, entre 50 e 60 anos, oriundas do Ambulatório de Mastologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Núcleo de Filantropia em Mastologia do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, Brasil, divididas em dois grupos: 37 com tumores benignos de mama e 15 com tumores malignos de mama, submetidas à mastectomia radical a Madden. Estas últimas subdividiram-se em dois grupos: oito com reconstrução mamária e sete sem.

Pacientes com tumores benignos foram escolhidas como parâmetro comparativo para verificar-se o impacto na sexualidade do diagnóstico de malignidade, pois a existência do diagnóstico de tumor de mama e a necessidade de exames de rastreamento como biópsias fere a mama, causando, algumas vezes, imperfeições que, para algumas mulheres, alteram sua imagem corporal dificultando a vivência da sexualidade.

Pacientes com recidiva de câncer de mama, históricos de eventos estressantes e condições mórbidas com impacto na saúde sexual, tais como: disfunções sexuais, dependência de substâncias psicoativas, depressão, antecedente de abuso sexual foram excluídas.



Basicamente as pacientes deveriam ter o ensino fundamental e funcionamento sexual prévio satisfatório.

Ética

Cadastrou-se a pesquisa no Ministério da Saúde sob número FR-003512, sendo posteriormente encaminhada a Diretoria do Departamento de Psicologia, à Comissão de Pós-Graduação do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e para Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq), sob número 1006/03, onde obteve a aprovação final.

As pacientes foram convidadas a participar da pesquisa e mediante sua aceitação foi-lhes fornecido 'Termo de Consentimento Livre e Esclarecido', em três vias: uma cópia do Termo em posse da paciente e as demais, assinadas por elas, anexada uma a seu prontuário e a outra retida em poder da pesquisadora, junto aos respectivos questionários. Esclareceram-se os objetivos da pesquisa, o número de encontros (cinco), enfatizando-se a questão do sigilo das informações no que concerne também à guarda dos questionários.

Procedimentos

Pacientes de ambos os grupos preencheram o questionário em cinco momentos diferentes: momento inicial onde, no caso das pacientes com câncer de mama não haviam sido operadas (estavam em processo diagnóstico), e após em três, seis, nove e doze meses.

O instrumento era constituído de questões que avaliavam a resposta sexual (WSFQ), como aspectos biopsicossociais.

Instrumentos

1) O WSFQ (Watts Sexual Function Questionnaire) é um instrumento auto-aplicável composto por dezessete questões que avalia quatro componentes da experiência sexual incluindo as percepções sobre desejo sexual, interesse, orgasmo e satisfação. Estas perguntas são divididas da seguinte forma: itens 1 a 6 avaliam questões relacionadas ao desejo sexual, os itens 7 a 10, o interesse sexual, os itens 11 a 14, o orgasmo e os itens 15 a 17 a satisfação sexual ⁶.

As repostas dadas são analisadas por meio de uma escala de cinco pontos, que variam de 'sempre a nunca'. Quando o total de escores é calculado é possível uma variação entre 17 - 85 pontos. Algumas questões tiveram sua ordem de grandeza mantida, porém com termos alterados para melhor adequar-se a realidade brasileira, o que ocorreu nas questões 1, 8 e 14, modificando-se a escala "sempre - nunca", para outra mais adequada:

Questão 1: muito importante – sem importância

Questão 8: imediatamente – não fico

Questão 14: muito importante – sem importância

2) Questionário de aspectos biopsicossociais



Foram elaboradas perguntas abertas objetivando avaliar e observar as reações da paciente frente ao diagnóstico cirúrgico e as possíveis alterações que a mastectomia teria em sua auto-imagem, estado de humor, capacidade de planejar o futuro e na manutenção do relacionamento afetivo-sexual.

Estas questões avaliam a influência dos aspectos psicossociais sobre a função sexual das pacientes com câncer de mama e submetidas à mastectomia, pois a sexualidade é biopsicossocial^{35, 1}. Portanto, especificamente as questões ponderaram a situação conjugal, os conhecimentos e crenças acerca da sexualidade, a capacidade de identificar e comunicar as dificuldades sexuais, os antecedentes pessoais do sujeito (história de vida, iniciação sexual, seus relacionamentos, a cultura no qual está inserido),³⁵, justificando-se pois, a inclusão de outras questões que abordem tais temas, tornando assim, o instrumento mais adequado aos propósitos desta pesquisa.

A este instrumento foi acrescida uma questão que detecta com precisão, a presença ou não de depressão, utilizando-se os critérios diagnósticos do DSM IV-TR⁸, sendo também inseridas questões para avaliação psicológica frente ao diagnóstico e tratamento da neoplasia mamária e a realização da mastectomia. Questões qualitativas, que anteriormente estavam abertas^{1,2}, foram, em sua maioria, fechadas de forma a facilitar análise comparativa destes dados ao longo do tempo (um ano de seguimento). Após a primeira aplicação deste instrumento na população brasileira^{1, 2}, verificou-se a necessidade da adequação de certos itens envolvendo a identificação dos pacientes.

Desta forma iniciamos o processo de tradução, reprodutibilidade, adaptação e validação do WSFQ para o Brasil, que está em andamento.

Análise estatística

Houve dois dados censurados por motivos de morte ou doença no grupo de mastectomia radical, dentre os analisados.

Para a análise dos dados, utilizaram-se os testes medidas repetidas e os testes de comparações entre grupos (t Student), com p value =0,10. O software estatístico empregado foi o SPSS 15.0 for Windows.

RESULTADOS

A amostragem desta pesquisa foi de 37 pacientes no grupo de controle, composto por mulheres com tumores benigno de mama e de 17 pacientes submetidas à mastectomia radical, que compõe o grupo cirúrgico.

Os resultados obtidos referem-se ao seguimento no período de um ano de 37 pacientes pertencentes ao grupo controle, isto é, com tumores benignos de mama, e 15 pacientes submetidas à mastectomia radical. Neste último grupo dois casos foram censurados por morte e um questionário pendente por estado terminal da paciente.

Ao observarem-se as tabelas 1, 2 a e 2 b, nota-se que o perfil sócio-demográfico nos dois grupos é bastante similar. Desta forma, qualquer diferença estatística observada nos escores e demais resultados entre os grupos não resulta única e exclusivamente de interferência de perfis, devido à homogeneidade da amostra.



Tabela 1: Perfil sócio-demográfico das entrevistadas

Variável	Mastectomia Radical (%)	Grupo Controle (%)
<u>Idade</u>		
50 a 53	40	37
54 a 56	27	31
57 a 60	33	31
<u>Estado civil</u>		
solteira	0	11
casada	86	69
separada	07	11
viúva	07	09
<u>Filhos</u>		
sim	87	86
não	13	14
<u>Escolaridade</u>		
1º. grau	46	75
2º. grau	27	11
superior	27	14
		continuação
<u>Profissão</u>		
Do lar	47	51
Trabalha fora	53	49
<u>Naturalidade</u>		
São Paulo	27	29
Sudeste	13	14
Centro Oeste / Noroeste	0	0
Nordeste	33	43
Sul	07	11
Exterior	0	03
<u>Religião</u>		
católica	73	66
outras	27	34

Tabela 2a: Exames de seguimento

Exames de seguimento	Mastectomia radical %	Grupo controle %
Não	0	0
Sim	100	100

Tabela 2b: Exames de seguimento realizados

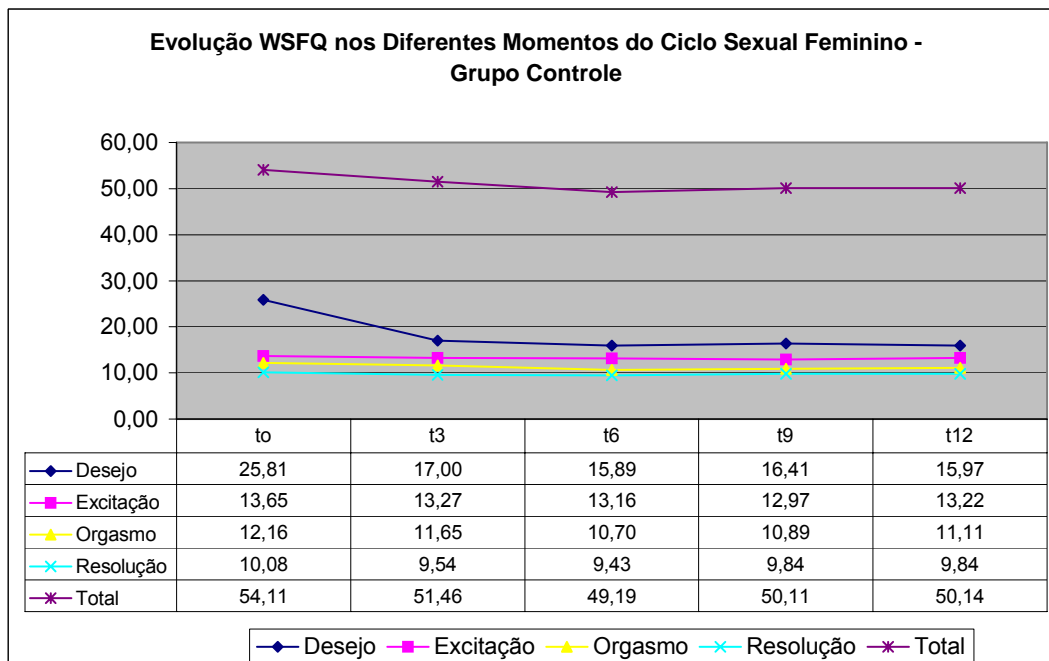
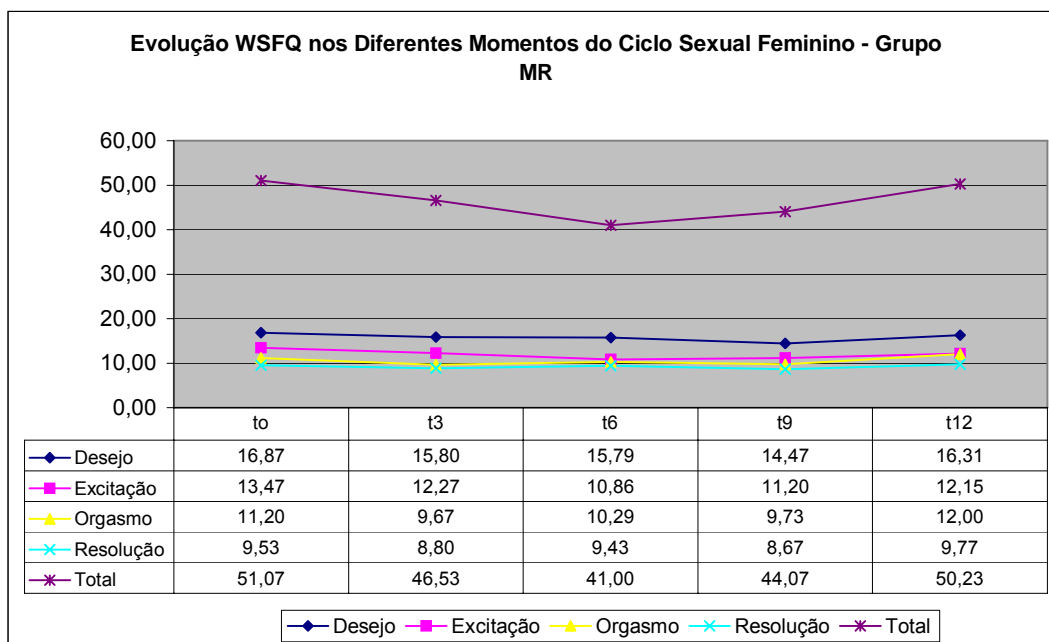


EXAMES	MR				MRR				CG			
	3m	6m	9m	12m	3m	6m	9m	12m	3m	6m	9m	12m
Mamografia												
Sem alterações	1	1	1	1	1	2	2	2	13	11	8	8
Alterações	2								5	5	4	6
Não saiu o resultado			1	1			1	1	5	4	1	2
Ultrassom												
Sem alterações	1		1		1	1	2	2	3	5	5	4
Alterações	1								2	2	1	3
Não saiu o resultado						1	1	1	4	3		2

NOTA: MR: mastectomia radical; MRR: mastectomia radical com reconstrução; GC: grupo controle

Na figura 1 observa-se a presença de diferença estatisticamente significativa na questão relacionada à excitação no grupo de mastectomia radical e também relevante quanto ao desejo no grupo controle.

Figura 1: Escore Médio em desejo, excitação, orgasmo e resolução para os grupos mastectomia radical e controle (T0 x T3 X T6 X T9 X T12)



Para tal, parte-se das hipóteses que em durante todo o seguimento do estudo, deve ter uma igualdade na média dos valores nesses períodos em desejo, excitação, orgasmo e resolução em cada grupo. Assim, se não existir a igualdade em qualquer uma dessas fases confirma-se à diferença estatística como se nota nos testes de hipótese abaixo ($p=0.10$):



Para Grupo de mastectomia radical (MR), temos:

Teste 01 – Hipótese: $\mu_D T0 (MR) = \mu_D T3 (MR) = \mu_D T6 (MR) = \mu_D T9 (MR) = \mu_D T12 (MR)$

Teste 02 – Hipótese: $\mu_E T0 (MR) = \mu_E T3 (MR) = \mu_E T6 (MR) = \mu_E T9 (MR) = \mu_E T12 (MR)$

Teste 03 – Hipótese: $\mu_O T0 (MR) = \mu_O T3 (MR) = \mu_O T6 (MR) = \mu_O T9 (MR) = \mu_O T12 (MR)$

Teste 04 – Hipótese: $\mu_R T0 (MR) = \mu_R T3 (MR) = \mu_R T6 (MR) = \mu_R T9 (MR) = \mu_R T12 (MR)$

Teste 05 – Hipótese: $\mu_T T0 (MR) = \mu_T T3 (MR) = \mu_T T6 (MR) = \mu_T T9 (MR) = \mu_T T12 (MR)$

Considerando $p = 0.10$, podemos afirmar que para o grupo mastectomia radical as hipóteses 02 e 05 não se confirmam, ou seja, na fase da **Excitação** encontrou-se diferenças estatisticamente significantes entre os instantes de coleta o que pode ter impactado nas diferenças observadas entre os instantes para o indicador **Total** do WSFQ.

Teste de Hipóteses para avaliar diferenças entre os grupos

Teste 11 – Hipótese estatística: $D T12-T0 (CG) = D T12-T0 (MR)$

Teste 12 – Hipótese estatística: $E T12-T0 (CG) = E T12-T0 (MR)$

Teste 13 – Hipótese estatística: $O T12-T0 (CG) = O T12-T0 (MR)$

Teste 14 – Hipótese estatística: $R T12-T0 (CG) = R T12-T0 (MR)$

Teste 15 – Hipótese estatística: $T T12-T0 (CG) = T T12-T0 (MR)$

Considerando $p = 0.10$, pode-se afirmar que para o grupo de controle APENAS a hipótese 06 não se confirma, ou seja, somente na fase do **Desejo** encontrou-se diferenças estatisticamente significantes entre os instantes de coleta. Possivelmente decorrente da queda no índice observada entre t0 e t3. O Impacto também ocorre no escore total.

Aparentemente, o grupo controle mostrou-se mais afetado na fase de desejo ao compararmos o início e o fim do período de observação do estudo. Tal fato impactou também no escore total desse grupo. Ao avaliar-se o grupo de mastectomia radical, não se observou grande alteração.

Diagnóstico

Ao serem diagnosticadas como portadoras de tumores benignos, 40,85% das pacientes sentiram-se aliviadas por não terem câncer, porém 23,18% sentiam-se muito mal (7,09%) ou mal e ainda estavam inseguras em relação ao diagnóstico (16,09%) e 11,26% não tiveram reação. Já naquelas com diagnóstico de câncer de mama, 60% evidenciou tristeza, tensão e choque, sensação de desconfiança, infortúnio. Estar se sentindo muito mal



(15%) e mal e insegura (20%), estava presente em 35% das entrevistadas, sendo que 5% não tiveram reação frente à notícia.

Sexualidade

Tabela 3: Cálculo do Delta Escore (t12 – t0) para comparação Grupo Controle x MR

	Grupo de Controle			Grupo MR			
	t0	t12	delta	t0	t12	delta	
Desejo	25,81	15,97	-9,84	Desejo	16,86	16,30	-0,56
Excitação	13,65	13,22	-0,43	Excitação	13,46	12,15	-1,31
Orgasmo	12,16	11,11	-1,05	Orgasmo	11,20	12,00	0,80
Resolução	10,08	9,84	-0,24	Resolução	9,53	9,76	0,23
TOTAL	54,11	50,14	-3,97	TOTAL	51,06	50,23	-0,83

Considerando $p = 0.10$, pode-se afirmar que apenas para o momento de **Desejo** a mudança de comportamento do grupo controle foi diferente a observada no grupo submetido à mastectomia radical. Talvez fato observado pela surpresa do diagnóstico, ou seja, não havia impacto em T0, dado que o indicador de partida desse grupo para Desejo é bem superior ao indicador de partida observado em MR.

No seguimento de questões qualitativas, percebe-se que a inatividade sexual deveu-se a falta de parceria em 25% no grupo de mastectomia radical e 29,73% no grupo controle e a falta de procura pelo parceiro em 37,5% das pacientes do grupo mastectomia radical com reconstrução, 25% no grupo de mastectomia radical e 13,51% no grupo controle. Uma das pacientes do grupo controle tinha marido com disfunção erétil de causa mista.

Em todos os grupos, as mulheres notam que seus maridos estão próximos, 60% no grupo de mastectomia radical e 51,35% no grupo controle, dando-lhes apoio tanto instrumental (por exemplo, cuidando da casa e delas após a cirurgia) como suporte emocional.

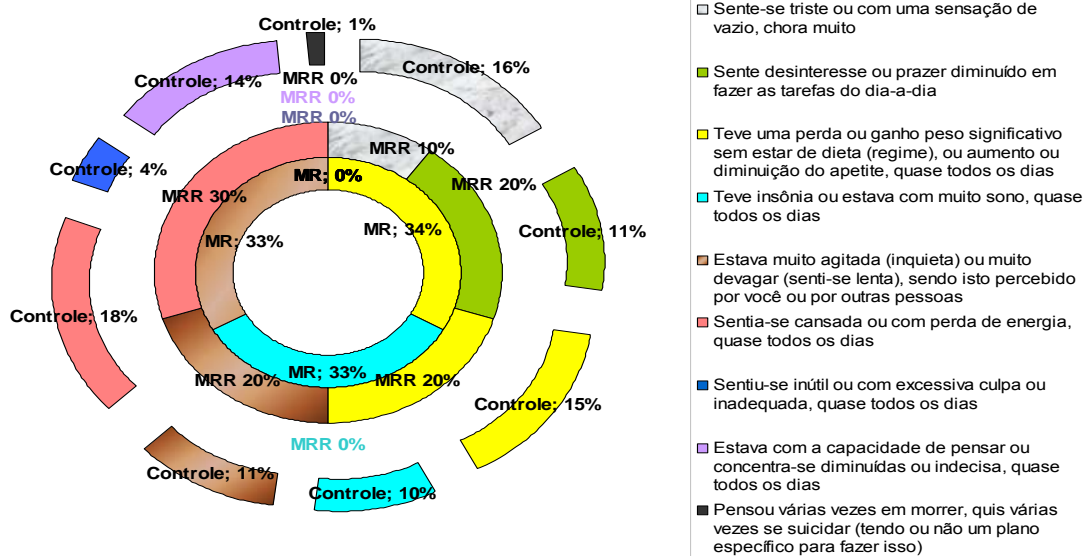
Quando inquiridas sobre sentirem-se desejáveis, 60% das mulheres com câncer de mama sentem despertar desejo em um homem, 20% não crêem despertar desejo e 20% ainda não pensaram sobre este tema.

Morbidade psicológica

Durante o seguimento anual, as pacientes foram avaliadas quanto à depressão, através dos critérios diagnósticos do Manual Estatístico de Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, 4ªed. revisada (DSM IV TR) ⁸.

Assim, na primeira avaliação T0 (momento inicial), foram prontamente diagnosticadas com depressão maior 29 pacientes do grupo controle, excluídas da amostra estudada. Dentre as pacientes que permaneceram no estudo, 16,22% das pacientes do grupo controle preencheram os critérios para depressão maior (gráfico 1):

Gráfico 1 Avaliação de depressão (critérios DSM IV TR, APA, 2002)



A presença de sintomas depressivos no grupo submetido à mastectomia radical, demonstra a presença do processo de elaboração do luto, observado também em verbalizações como “tive momentos muito tristes a ponto de aumentar a depressão. Só não pensei em morrer!!! Cheguei a ficar sem vontade de tomar banho, cuidar do meu local de trabalho (...) atualmente não estou assim, estou bem melhor, fazendo a unha de algumas clientes que vem me procurar” (grupo mastectomia radical com reconstrução).

DISCUSSÃO

Séries de estudos sobre mastectomia radical vêm sendo conduzidas há anos. Grande parte destes, comportam aspectos sobre tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes para o câncer de mama, como os quimioterápicos, hormonioterápicos e radioterápicos, atualizando assim o conhecimento sobre novas drogas para o tratamento do câncer, aumento a sobrevida das pacientes⁹⁻¹¹.

Outros, porém, abordam aspectos técnicos da mastectomia radical, como, por exemplo, a reconstrução mamária, onde é comum encontrar-se comparações entre técnicas cirúrgicas, ou seja, entre as indicações e benefícios da cirurgia conservadora (tumorectomia, quadrantectomia) frente a mastectomia radical com ou sem reconstrução, levantando questões sobre possíveis impactos destas técnicas sobre a morbidade psicológica das pacientes¹²⁻²⁰. Dentre estes, achamos aqueles que abordam a sexualidade²¹⁻²³.

Contudo, o conhecimento sobre impacto psicológico das cirurgias para o câncer de mama na sexualidade feminina provém de outros países, incluindo os grandes estudos de seguimento^{17, 24-35}. Em nosso país não localizamos estudos relacionando os efeitos da mastectomia radical sobre a sexualidade, sendo pela primeira vez realizado por Maluf², com pacientes com três meses de pós-operatório, observando nesta população indícios de disfunção orgásmica.

Frente a isto, o presente trabalho teve caráter pioneiro ao promover o seguimento de pacientes que se submeteriam à mastectomia radial, desde o momento diagnóstico pelo



período de um ano, até então fora de nosso conhecimento. Algo também inédito foi a utilização do grupo controle composto por mulheres com tumores benignos de mama, cujos estudos em sexualidade também são raríssimos fora do país. Estes grupos foram comparados visando investigar e compreender a vivência da sexualidade destas mulheres.

Nas questões qualitativas percebeu-se que os efeitos da mastectomia sobre a sexualidade feminina são dependentes da estrutura psicológica, do autoconceito e da auto-imagem das pacientes, além da forma como seus relacionamentos afetivo-emocionais estão estruturados, ou seja, a presença ou ausência de relacionamento conjugal e também os relacionamentos familiares, da rede de amizades e profissional. Estes itens também foram ressaltados na meta-análise conduzida por Moyer³⁵.

A estrutura apresentada por Moyer³⁵ também se aplica as pacientes do grupo controle já que muitas delas foram submetidas à biópsia e ficaram com as mamas com cicatrizes que as incomodam ou achavam que as mamas ficaram disformes e/ou assimétricas em função de biópsias cirúrgicas, alterando sua imagem corporal e auto-imagem, e conseqüentemente a vivência da sexualidade, distorção também observada por Bukovic *et al*,³⁶.

Pacientes com tumores benignos de mama narraram também o medo de ter câncer: “fico cismada, em de repente, virar câncer” (VSS – controle T0) e seu ajustamento psicológico foi muito pior que das pacientes do grupo cirúrgico, sendo diagnosticada depressão em T0 e 27 pacientes, excluídas da pesquisa, algumas encaminhadas para tratamento farmacológico e outras somente para psicoterápico. Este dado vem de encontro aos achados de Cheshear e Anderson³⁷.

Este grupo mostrou também a presença de disfunções sexuais ligadas à falta de desejo, talvez relacionado ao medo inconsciente de ter câncer, já que uma parte delas tinha amigas que tiveram câncer, algumas delas falecendo da doença. Outro fator relacionado a isso era o relacionamento marital, muito ruim para algumas, o que é fator primordial para o bom desempenho sexual nas mulheres^{7, 38, 39}.

Quanto aos efeitos psicológicos do diagnóstico do câncer de mama, todas as pacientes apresentaram alguma forma de reação que demonstra entrada em contato a realidade da perda da saúde, como: choque, tristeza, sentir-se muito mal, estar mal e ainda insegurança, querer morrer, entre outros.

Estas reações são a primeira etapa do processo de luto que ocorre durante todo o tratamento do câncer de mama² e que é necessário para o restabelecimento do psiquismo, do autoconceito, da auto-imagem e da imagem corporal após a mastectomia radical.

O processo de luto pode demorar um pouco para instalar-se ou ser mais rápido, mas acompanha cada etapa do tratamento, lembrando: diagnóstico, mastectomia radical, quimio, radio e hormonioterapia.

Nos casos em que a reconstrução mamária não é realizada, o processo de luto pela perda da mama é mais sofrido, pois a mutilação é sempre visível, sendo que algumas vezes as pacientes não se olham mais ao espelho e a área de cicatriz nem sempre é tocada: “me sinto mal pois me sinto mutilada” (LSL- MR T6). Outras pacientes, porém por mais que não façam a reconstrução, por terem uma condição psicológica melhor, rede de apoio, enfrentam esta situação de forma diferenciada “me olho no espelho, não tenho preconceito contra mim” (JFS MR T6).



Sendo assim, a reação frente à mutilação gerada pela mastectomia radical parece ser pessoal e requer uma rede de apoio para auxiliar a mulher na reconstrução do eu, de seu autoconceito, auto-imagem e imagem-corporal⁴⁰.

Ao início da quimioterapia o luto reaparece, vinculado a alopecia, ou seja, a mulher está sendo novamente mutilada: o cabelo encontra-se, da mesma forma que as mamas, ligado ao conceito de feminilidade, eles são pintados, escovados, presos, sendo exibidos e cuidados: "... a única coisa que fiquei mal foi quando o cabelo começou a cair. Fiquei mal, fiquei agoniada, sentindo uma dor por dentro (no couro cabeludo) ... vieram lágrimas aos olhos.... peguei a tesoura e cortei (como disse o médico, 14 dias depois do início da quimioterapia o cabelo começou a cair)" (JFS - MR T3).

A alopecia é considerada por algumas mulheres como uma agressão maior que a própria mastectomia, já que os cabelos são símbolos de feminilidade e sensualidade⁴¹. O volume da mama operada pode ser conseguido nas pacientes sem reconstrução, com próteses externas, através das quais, por detrás da roupa, não se nota a assimetria entre as mamas. Porém a cabeça coberta pelo lenço é o sinal social do câncer, do preconceito que ainda há na sociedade, fazendo com que os olhares se atraiam à mulher que está em tratamento. Desta forma algumas se sentem inferiorizadas perante as demais, novamente castradas em sua feminilidade.

A quimioterapia promove além da alopecia, outra castração relativa à perda de fertilidade: outro luto a ser elaborado, principalmente em mulheres em idade fértil.

Desta forma, durante todo o tratamento do câncer de mama, novos processos de luto são iniciados e findados em cada etapa do tratamento.

Durante todo o seguimento, as pacientes mantiveram perspectivas para seu futuro, principalmente relacionadas ao "aqui e agora", mostrando mudança na visão de vida como, por exemplo "quero aprender as coisas que me alegram (violão), estar de bem como a minha família, passear bastante, dançar com meu esposo, comprar pomar (laranja, uva), sorrir" (sic – MRR 3m).

Este fato vem de encontro aos dados observados por Vos *et al*⁴² em relação ao enfrentamento do câncer de mama: mulheres que expressam meio otimista de enfrentamento referem menor sofrimento e percebem seu corpo menos desfigurado do que as demais que não se utilizam destas técnicas.

Durante a condução deste estudo, alguns problemas tiveram que ser constantemente superados, tais como: o não comparecimento da paciente na data marcada devido à "esquecimento" (sic) ou a algum "imprevisto" (sic), a não existência de outras consultas médicas agendadas no complexo do Hospital das Clínicas, o que algumas vezes impossibilitava sua vinda fora destas datas e a desistência durante o processo em ambos os grupos, sendo que esta no grupo cirúrgico foi fator impactante para o tamanho menor do grupo no final da pesquisa.

Objetivava-se realizar também o seguimento dos maridos das pacientes de ambos os grupos, o que foi inviável, já que raríssimos eram os que as acompanhavam às consultas. Desta forma, os dados obtidos em relação a conjugalidade / enfrentamento da doença foram conseguidos somente por uma via, não podendo ser comparados com as respostas masculinas relacionadas às esposas, sendo sugestão para trabalhos futuros.

Desta forma, os dados mostraram que 75% das pacientes submetidas à mastectomia radical percebem e narram que tem o apoio instrumental de seus maridos, no cuidado da



casa, de outras tarefas diárias e no campo afetivo-emocional. Os fatores que influenciam as experiências das mulheres com câncer de mama incluem sua recuperação física e psicológica após o tratamento, o medo de algum tipo de resposta negativa do marido, a importância do relacionamento sexual do casal e o apoio e compreensão do parceiro.⁴³

Dentre as pacientes com vida sexual ativa, esta parece não ter sido influenciada pela mastectomia radical no que diz respeito a procura do parceiro pela relação (58,33%), o que confirma os resultados obtidos por Maluf¹. Algumas pacientes, porém verbalizaram que não manteriam relações se a iniciativa para tal partisse delas, devendo-se isso à mastectomia.

Porém, apesar desta procura dos parceiros pela relação, as pacientes submetidas à mastectomia radical apresentaram transtorno na fase de excitação. Este se deveu às alterações na auto-imagem, imagem corporal, principalmente no grupo sem reconstrução mamária, confirmando os achados anteriores de Maluf² e da literatura internacional^{12, 13, 44}.

Quando a receptividade à relação, mesmo quando procurada somente uma das pacientes não o é, sendo esta pertencente ao grupo de mastectomia radical sem reconstrução, mostrando a influência da não reconstrução para o exercício da sexualidade.

Sobre a possibilidade de se conhecer melhor os aspectos psicológicos que influenciam e atuam no processo de tratamento do câncer de mama há vasto campo de pesquisa que necessita ser abordado e investigado com trabalhos prospectivos. Outros estudos poderão ser conduzidos nesta área, para que juntos, ajudem a compor uma amostra da realidade da mulher brasileira no que concerne à mastectomia radical e no impacto que esta possui não somente sobre a sexualidade, mas sobre todo o seu funcionamento psico-emocional.

É de grande importância que os Centros de Referência promovam a estas pacientes, acesso a serviço psicológico desde o momento diagnóstico, para que possam receber não só orientações e informações sobre câncer de mama e seu tratamento, como também para que sejam ouvidas em suas angústias, medos e incertezas, visando assim diminuir a incidência de depressão e uma possível evolução desta para o suicídio.

Para autores como Nissin *et al*⁴⁵ a mastectomia com reconstrução está associada a importantes transtornos do humor e baixo bem-estar, após 18 meses de pós-operatório. Isto faz pensar que estudos com seguimento mais longo com as pacientes poderiam confirmar ou não os dados do trabalho do autor, além de possibilitar o maior entendimento a respeito da qualidade de vida das pacientes após anos de pós-operatório.

Em suma, grande número de estudos focados no ajustamento psicológico, comparam pacientes mastectomizadas com outras submetidas a cirurgias conservadoras, chegando a conclusões de que quando mais conservadora a cirurgia, menor o impacto psicológico ocasionado pelas alterações na imagem-corporal e no autoconceito. Porém não há unanimidade quanto a isso, havendo outros estudos que afirmam não haver diferença entre o impacto psicológico em pacientes submetidas a mastectomia radical ou cirurgia conservadora, mostrando a necessidade da realização de estudos de seguimento⁴⁵.

Desta forma ao realizarmos este estudo de seguimento anual obtivemos o perfil da sexualidade das mulheres submetidas a mastectomia radical, verificando a presença de disfunções sexuais como na fase de excitação, os problemas relacionados como as alterações na auto-imagem, no autoconceito e na imagem corporal, além do processo de elaboração do luto ocorrido durante todo o tratamento.



CONCLUSÃO

Com esta pesquisa pudemos traçar o perfil sexual das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia radical, a saber:

1. a grande maioria das pacientes ao receber o diagnóstico de malignidade, teve reações como tristeza, choque, desconfiança, sentiu-se mal, entre outras.
2. todas passaram pelo processo de elaboração do luto que é reiniciado durante todas as etapas do tratamento, desde o momento diagnóstico, na qual há a confirmação da perda da condição saudável para a nova condição de portador de câncer de mama;
3. a presença de disfunções sexuais em pacientes com câncer de mama submetidas à mastectomia radical, está ligada à fase de excitação, mostrando que apesar serem desejadas por seus parceiros a sexualidade não é exercida de forma adequada, devido, por exemplo, a alterações da auto-imagem, que em mulheres que realizaram reconstrução mamária é melhor do que naquelas que não a fizeram.
4. a importância que a mama tem na feminilidade da mulher antes da cirurgia é fator de grande relevância no impacto que a mastectomia radical terá não só na sexualidade, mas também na reconstrução do autoconceito, da auto-imagem e do eu feminino.
5. a existência da parceria interfere positivamente na manutenção da integridade da função sexual, bem como do estado psíquico.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPQ) pela concessão da bolsa de pesquisa que viabilizou a condução deste estudo.

Às pacientes, que ao participarem, dividindo importantes aspectos de suas vidas, do processo saúde-doença, permitiram o desenvolvimento do conhecimento acerca da sexualidade da mulher brasileira submetida à mastectomia radical.

REFERENCIAS

1. Maluf MFM, Scanavino M T, Barros ACSD. A sexualidade da mulher submetida a mastectomia radical. *Rev Bras. Mastol.* 2006a; 1: 27 - 54.
2. Maluf MFM. *A sexualidade das pacientes submetidas à mastectomia radical*. São Paulo: 2004. monografia de Especialização, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
3. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa de incidência de mortalidade por câncer de mama no Brasil (2008). [Citado em 2008 Nov 30]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.
4. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACSD. O Impacto psicológico do câncer de mama. *Rev Bras. Cancol.* 2005; 51(2): 149-54.



5. Sundquist K, Yee L. Sexuality and body image after cancer. *Aust Fam Physician*. 2003; 32(1-2):19-23.
6. Watts R J. Sexual functioning, health beliefs and compliance with high blood pressure medications. *Nurs Res*. 1982; 31(5):278-83.
7. Abdo CHN, organizadora. *Sexualidade humana e seus transtornos*. 2ª ed. rev. e ampl. São Paulo: Lemos Editorial; 2000.
8. Associação Psiquiátrica Americana (APA) *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV-TR-TM)*. 4ª ed. Texto revisado. Tradução de Cláudia Dornelles. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002.
9. Barret-Connor E. Hormone replacement therapy. *BMJ*. 1998; 317(7156):457-61.
10. Broeckel JA, Thors CL, Jacobsen PB, Small M, Cox CE. Sexual functioning in long-term cancer survivors treated with adjuvant chemotherapy. *Cancer Res Treat*. 2002; 75(3):241 – 8.
11. Hermann RE, Esselsty CB Jr; Grundefest-Broniatowski S *et al*. Partial mastectomy without radiation is adequate treatment for patients with stage 0 and 1 carcinoma of the breast. *Surg Gynecol Obstet*. 1993; 177(3): 247-53.
12. Al-Ghazal S K, Sully L, Fallowfield L, Blamey, RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2000; 36(1):17-9.
13. Al-Ghazal SK, Sully L, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2000; 36(15): 1938-43.
14. Cohen L, Hack TF, De Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment. *Ann Surg Oncol*. 2000; 7(6):427-34.
15. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L, Brisson J. Type of mastectomy and quality of life for long term breast carcinoma survivors. *Cancer*. 1998; 83(10): 2130-8.
16. Fischer RB, Anderson S, Bryant J *et al*. Twenty year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. *N Engl J Med*. 2002; 347(16):1233-41.
17. Frischenschlanger O, Balogh B, Predovic M. Psychosocial effects of plastic surgery reconstruction of the female breast following amputation for malignant / benign tumor. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1990; 40(11):441-7.
18. Frost MH, Suman VJ, Rummans TA *et al*. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*. 2000b; 9(3):221-31.
19. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR *et al*. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(3):1060-8.
20. Malata CM, McIntosh SA, Puruschotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer *British J Surgery*. 2000; 87(11):1455-72.



21. Bruner DW, Boyd CP. Assessing women's sexuality after cancer therapy: checking assumptions with the focus group technique. *Cancer Nurs.* 1999; 22(6), 438-47.
22. Greendale G, Petersen L, Zibecchi L, Ganz PA. Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause.* 2001; 8(2):111-9.
23. Meyerowitz BE, Desmond KA, Rowland JH, Wyatt GE, Ganz PA. Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther.* 1999; 25(3):237-50.
24. Ganz PA, Schag AC, Lee JJ *et al.* Breast conservation versus mastectomy Is there a difference in psychological adjustment or quality of life in the year after surgery? *Cancer* 1992; 69(7):1729-38.
25. Maguire P. Late adverse psychological sequelae of breast cancer and its treatment. *Eur J Surg Oncol.* 1999; 25(3): 317-20.
26. Janni W, Rjosk D, Dimpfl TH *et al.* Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol.* 2001; 8(6):542-8.
27. Margolis G, Goodman RL, Rubin A. Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatics.* 1990; 31(1): 33-9.
28. Oktay JS. Psychological aspects of breast cancer. *Lippincotts Prim Care Pract.* 1998; 2(2): 149-59.
29. Poulsen B, Graversen HP, Beckmann J, Blichert-Toft M A. comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy. *Eur J Surg Oncol.* 1997; 23(4): 327-34.
30. Pozo C, Carver CS, Noriega V *et al.* Effects of mastectomy versus lumpectomy on emotional adjustment to breast cancer: a prospective study of the first year postsurgery. *J Clin Oncol.* 1992; 10(8):1292-8.
31. Rabinowitz B. Understanding and intervening in breast cancer's emotional and sexual effects. *Curr Women's Health Reports.* 2002; 2(2):140-7.
32. Yilmazer N, Aydiner A, Ozkan S, Asley I, Bilge NA. Comparison of body image, self-esteem and social support in total mastectomy and breast-conserving therapy in Turkish women. *Support Care Cancer.* 1994; 2(4): 238-41.
33. Urbánek V, Weiss P, Kofránek J, Albl M. Psychosexual reactions in women after treatment of breast carcinoma. *Ceska Gynekol* 1994a, 59(5):262-4.
34. Van't Spijker A, Trijburg RW, Duivenvoorden HJ. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. *Psychosom Med.* 1997; 59(3):280-93.
35. Moyer A. Psychological outcomes of breast conserving surgery versus mastectomy: a meta-analytic review. *Health Psychol.* 1997; 16(3):284-98.
36. Bukovic D, Fajdic J, Stricnic T, Habec M, Hojsak I, Radakovic N. Differences in sexual functioning between patients with benign and malignant breast tumors. *Coll Antropol.* 2004; 28(supl 2): 191-201.



37. Chessear ES, Anderson JL. Treatment of breast cancer: doctor / patient communication and psychological implications. *Proc R Soc Med.* 1975; 68(12): 793-5.
38. Carrasco MJ. *Disfunciones sexuales femeninas.* Madri: Editorial Síntesis, 2001.
39. Kaplan HS. *Transtornos do desejo sexual: regulação disfuncional da motivação sexual.* Tradução de Jussara N. Burnier. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
40. Chwałczyńska A, Woźniewski M, Rozek-Mróz K, Malicka I. Quality of life in women after mastectomy. *Wiad Lek.* 2004; 57 (5-6): 212-6.
41. Vos P, Garssen B, Visser AP, Duivenvoorden HJ, Haes da HCJ. Early stage breast cancer: explaining level of psychosocial adjustment using structural equation modeling. *J Behav Med.* 2004; 27(6):557-80.
42. Maluf M F M. O luto no câncer de mama. In: Piato S, Piato J R M. *Doenças da mama.* Rio de Janeiro: Revinter; 2005, p.235-9.
43. Takahashi M e Kai I. Sexuality after breast cancer treatment: changes and coping strategies among. *Soc Sci Med.* 2007; 61(6): 1278-90.
44. Wilmoth MC, Townsend JA. A comparison of the effects of lumpectomy versus mastectomy on sexual behaviours. *Cancer Pract.* 1995; 3(5):279-85.
45. Nissen MJ, Swenson KK, Ritz LJ, Farrell JB, Sladek ML, Lally RM. Quality of life after breast carcinoma surgery: a comparison of three surgical procedures. *Cancer.* 2001; 91 (7): 1238-46.
46. Fallowfield LJ. Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology (Huntingt).* 1990; 4(4): 87-97.