



Maria Fernanda de M. Maluf
Marco de Tubino Scanavino
Alfredo Carlos S. D. Barros

*Disciplina de Ginecologia
e Instituto de Psiquiatria
do Hospital das Clínicas
da Faculdade de
Medicina da Universidade
de São Paulo*

A SEXUALIDADE DAS PACIENTES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA RADICAL

Rev bras Mastol 2006; 1:27-34

UNITERMOS

Sexualidade feminina;
Mastectomia radical;
Câncer de mama.

RESUMO

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama promovem alterações na vida da mulher, entre elas, as relacionadas à vivência de sua sexualidade. Avaliar a presença de problemas ligados à sexualidade em pacientes submetidas a mastectomia radical. Este trabalho é um estudo piloto de outro com um número maior de pacientes. Foram avaliadas as alterações da sexualidade em pacientes submetidas a mastectomia radical com ($n = 10$) e sem reconstrução ($n = 9$), com três meses de pós-cirúrgico, utilizando o Watts Sexual Function Questionnaire, um questionário norte-americano que avalia os quatro componentes da experiência sexual – incluindo as percepções sobre desejo sexual, interesse, orgasmo e satisfação –, específico para mensurar a sexualidade em sujeitos com patologias clínicas. A este questionário foram acrescidas questões objetivando a avaliação e a observação das reações das pacientes frente ao diagnóstico cirúrgico e às possíveis alterações advindas da mastectomia radical na auto-estima, no humor, na capacidade de planejar o futuro e na manutenção do relacionamento afetivo-sexual. Os resultados preliminares mostraram que as pacientes submetidas a mastectomia radical sem reconstrução apresentam indícios positivos de disfunções sexuais (anorgasmia) quando comparadas ao grupo que fez reconstrução. Indícios da presença de depressão foram observados em 31,57% da amostra. Destas pacientes, duas (uma em cada grupo) verbalizaram intenção suicida durante a aplicação do questionário. Há indícios de comprometimento da sexualidade em pacientes submetidas a mastectomia radical sem reconstrução, quando comparadas àquelas submetidas a mastectomia radical com reconstrução, no que concerne à presença de disfunção orgásmica.

INTRODUÇÃO

O corpo feminino vem, ao longo das épocas, adaptando-se às mudanças nas normas sociais que estipulam diferentes padrões estéticos para o protótipo da mulher sensual e atraente (o que atualmente significa ter o corpo bem torneado e definido), cujas formas são valorizadas pelas vestimentas: justas e/ou curtas,

com decotes, fendas, feitas com tecidos que modelam o corpo “esculpido” e extremamente sexualizado.

Assim, quando uma mulher se submete à mastectomia como forma de tratamento de um carcinoma, este corpo “perfeito” sofre um “corte” em sua harmonia, tornando-se “imperfeito”. Essa “imperfeição” pode causar diversos problemas, incluindo aqueles

referentes à sexualidade, com estes últimos podendo ou não estar diretamente relacionados à cirurgia realizada^{10,15}. No caso de mulheres submetidas à quimioterapia, existe um risco ainda maior de que elas apresentem alguma disfunção sexual após o tratamento²⁰.

Após a mastectomia, a reconstrução mamária pode ou não ser realizada. Na primeira opção, há uma diminuição dos efeitos negativos do câncer de mama no que diz respeito tanto ao bem-estar sexual como psicossocial da mulher, principalmente quando a reconstrução mamária é imediata¹⁷. Já as pacientes submetidas à mastectomia sem reconstrução são acometidas por maior morbidade psicossocial, ou seja, fatores relacionados a ansiedade, depressão, auto-imagem, sexualidade e auto-estima². Por outro lado, havendo a reconstrução, a cirurgia tem efeito menos impactante na vida sexual desta mulher, diminuindo a morbidade^{3,6,19} ou sendo um fator de “proteção psicológica” para mulheres jovens¹⁸.

Diante desse panorama trazido pelos estudos internacionais, vimos a necessidade de estudar a sexualidade das pacientes submetidas à mastectomia radical em nosso país, comparando aquelas que tiveram as mamas reconstruídas com as que não o fizeram.

MÉTODO

Participantes

Entre agosto de 2003 e abril de 2004, foram selecionadas 19 mulheres submetidas à mastectomia radical (pós-operatório de três meses), oriundas do Setor de Ginecologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP), sem histórico de disfunção sexual prévia, doenças físicas e mentais, nem de dependência a substâncias psicoativas ou de uso de medicamentos que alteravam a função sexual.

Mediante a aceitação e o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido, as pacientes foram divididas em dois grupos com dez indivíduos cada, de acordo com o tipo de cirurgia realizada: mastectomia radical com reconstrução mamária e sem reconstrução.

Com a exceção de uma paciente pertencente ao grupo de mastectomia radical com reconstrução, todas as demais foram submetidas a algum tratamento neoadjuvante empregado foi AC (adreamicina + ciclofosfamida), utilizado por 84,21% da amostra, ou seja, oito pacientes de cada grupo estudado.

Instrumento

Foi utilizado o WSFQ (Watts Sexual Function Questionnaire)²², um instrumento auto-aplicável, composto por dezessete questões que avaliam os componentes da experiência sexual, incluindo as percepções sobre desejo sexual, interesse, orgasmo e satisfação, podendo ser utilizado na avaliação de homens e mulheres, sendo as questões relacionadas ao interesse sexual e ao orgasmo diferentes para cada sexo. Essas questões são assim divididas: itens 1 a 6 avaliam questões relacionadas ao desejo sexual; itens 7 a 10, o interesse sexual; itens 11 a 14, o orgasmo; e itens 15 a 17, a satisfação sexual. Por ser um instrumento norte-americano, o WSFQ foi traduzido para o português adaptando-se alguns termos utilizados no texto original para outros comumente empregados na língua portuguesa, facilitando a compreensão das questões propostas.

Ao WSFQ foram adicionadas perguntas abertas visando à avaliação e à observação das reações da paciente frente ao diagnóstico cirúrgico e às possíveis alterações que a mastectomia teria para sua auto-imagem, seu estado de humor, sua capacidade de planejar o futuro e na manutenção do relacionamento afetivo-sexual. Essas questões foram adicionadas por entendermos o conceito de sexualidade como um fenômeno biopsicossocial⁷. Além disso, o WSFQ é um questionário que avalia a presença de disfunções sexuais, privilegiando aspectos físicos, não abordando temas de caráter sociopsicológico (causas psicogênicas das disfunções sexuais).

Assim, elementos como situação conjugal, conhecimentos e crenças acerca da sexualidade, capacidade de identificação e comunicação das dificuldades sexuais, antecedentes pessoais do sujeito (história de vida, iniciação sexual, seus relacionamentos, a cultura no qual está inserido), comorbidades e fatores hormonais influenciam e são influenciados pela sexualidade⁷, justificando-se, pois, a inclusão de questões que abordem tais temas, tornando o instrumento mais adequado aos propósitos desta pesquisa.

Análise estatística

Foi realizada por meio do coeficiente *kappa* de concordância, por ser a melhor medida de avaliação que se adaptou aos dados de totalidade, considerando o tamanho e a distribuição da amostra. Essa medida varia entre 0% e 100% e quanto mais próximo a 100, maior o grau de concordância observado nas respostas. Para a execução dessa análise, foi utilizado o software estatístico *SPSS for Windows*, versão 12.0, considerando-se a metodologia CRISP®.

RESULTADOS

A faixa etária das pacientes variou entre 37 e 63 anos (média de 49,2 anos) no grupo de mastectomia com reconstrução e entre 34 e 58 anos (média de 50,4 anos) no grupo sem reconstrução.

Com exceção de uma paciente pertencente ao grupo de mastectomia com reconstrução, todas as demais tinham filhos (média geral de 1,99 filho por paciente). O estado civil predominante entre 42,10% das pacientes foi o casado ($n = 8$), com 15,79% de solteiras ($n = 3$), 21,05% de viúvas ($n = 4$), 5,26% de divorciadas ($n = 1$) e 5,26% de separadas ($n = 1$).

Em relação à presença de alguma crença religiosa, 47,36% eram católicas e 21,05%, evangélicas. O grau de escolaridade das pacientes variou do primeiro grau incompleto (10,52%) até o superior completo (15,78%), porém, predominaram sujeitos com o primeiro grau incompleto (36,84%) e segundo grau completo (31,57%). As pacientes com o superior completo pertenciam ao grupo de reconstrução, enquanto o menor nível de escolaridade (primeiro grau incompleto) predominava nas pacientes do grupo sem reconstrução (71,43%).

Mastectomia radical

Ao saberem que seriam operadas, 89,47% das pacientes (todas do grupo de mastectomia sem reconstrução e oito no de mastectomia com reconstrução) reagiram de forma negativa. Destas, 26,31% apresentaram aceitação posterior, como, por exemplo: “Senti que foi um choque, não esperava; mas depois, me conformei, não fiquei desesperada”; “Primeiro um desânimo, um desespero; depois, normal, reagi como se nada estivesse acontecendo”. Porém, para os outros 63,16%, o impacto foi fortemente negativo. Excepcionalmente, para duas pacientes do grupo de reconstrução, o impacto foi positivo: “Eu estava mais preparada; enfim, não sofri com a cirurgia”, “Eu encarei com tranquilidade porque pensei ‘é uma coisa que não faz parte do meu organismo, precisa retirar’”.

Nesta amostra, 57,89% das pacientes não têm um parceiro atual, com o apoio sendo obtido, em sua maioria, de amigos, filhos, familiares e colegas de trabalho.

Imagem corporal e auto-conceito

Após a mastectomia radical, 42,10% das pacientes (quatro em cada grupo) possuíam uma imagem positiva de si mesmas: “Vejo-me inteira e continuo completa. Essa parte não afetou o meu todo. Teria me afetado se continuasse o nódulo ou a mama com cân-

cer afetando a minha vida”. Isto é, essas pacientes, em sua maioria, negam que foram operadas (“Nada mudou, tudo está como antes”) como forma de se preservarem contra a dor da mutilação visível, fato que pode ser claramente observado ao se questionar como elas se vêem após a mastectomia.

O auto-conceito encontra-se alterado em 47,36% das pacientes: “Não gosto de ficar me olhando. Olho o necessário”, “Péssima [sem mama], mas o importante é ficar boa; você quer sua mama...”, “Não muito bem, porque a mama, o peito da gente foi tirado. Eu me sinto estranha”, “Como alguém que não é normal por não ter a mama”.

Três pacientes (uma do grupo sem reconstrução e duas do grupo com reconstrução) tiveram reações inicialmente negativas e depois positivas quanto à percepção corporal de si.

Feminilidade

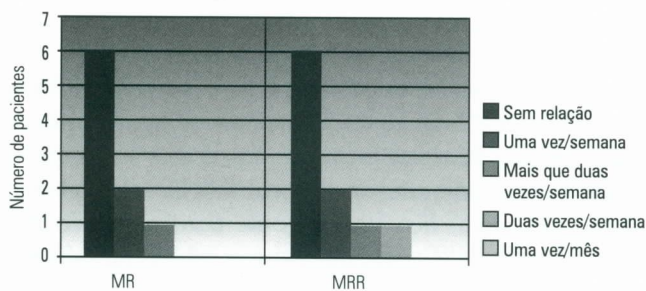
Um total de 63,15% das pacientes sente-se desejável após a mastectomia, porém 16,66% delas verbalizam isso de modo “vazio” (uma de cada grupo), sem realmente se colocarem frente à situação vivida: “Toda mulher tem de se sentir desejável, se arrumar, passar batom, ter vaidade”, “Sim, quando estou arrumada, penteada e com lenço ou chapéu na cabeça”.

Contudo, 36,84% não se sentem desejáveis (57,14% no grupo com reconstrução e 42,85% no sem reconstrução): “Sinto-me sem o seio”, “...fico com vergonha de tirar a roupa na frente dos outros, principalmente do meu marido”.

Para 84,47% das pacientes, não houve mudanças em relação ao sentir-se mulher ou feminina após a mastectomia (oito no grupo sem reconstrução e nove no com reconstrução): “O que existe em mim é melhor [dentro de mim]”, “Considero-me mulher, estou com seios; quando uso decote, acho que ficou bonito” [pacientes submetida à reconstrução com silicone], “Não me sinto menos feminina, apesar de achar que ser feminina é ter tudo, os seios, o útero” [paciente submetida a histerectomia total anterior à mastectomia], “Sinto-me mais mulher ainda”, “Sinto-me mulher por ter um só”. Porém, para 15,53%, a mastectomia afetou o sentimento de feminilidade, sendo a queixa mais frequente daquelas que não realizaram a reconstrução: “Eu me sinto estranha, é difícil me olhar deste jeito sem a mama”, “Sim, falta um pedaço de mim, uma parte, ainda mais porque gosto de ir à praia, à piscina. Se puder reconstruir, quero ter meu peito de volta. Se Deus deu o dom de fazer isso para os médicos, eu quero”.

Sexualidade

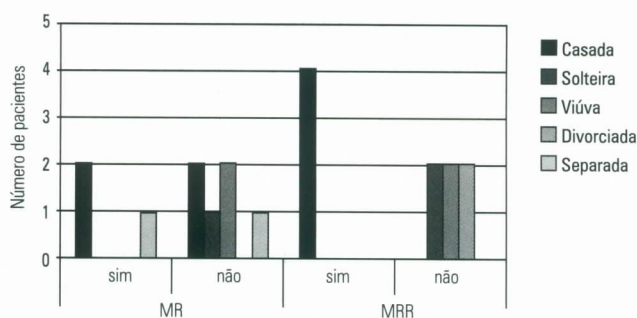
Quanto à frequência de atividade sexual, os grupos se comportaram da seguinte forma:



MR: mastectomia radical sem reconstrução; MRR: mastectomia radical com reconstrução.

Figura 1. Frequência da atividade sexual nos últimos dois meses.

É interessante notarmos que, em ambos os grupos, seis pacientes não mantêm atividade sexual, e que no grupo de reconstrução, uma paciente tem mais que duas relações por semana. Se cruzarmos a frequência sexual com o estado civil, obtemos o seguinte resultado:



MR: mastectomia radical sem reconstrução; MRR: mastectomia radical com reconstrução

Figura 2. Relação entre o estado civil e a atividade sexual.

Notamos que o tipo de cirurgia não é um impedimento real para a paciente não manter relações sexuais, apesar de o maior número de pacientes que se mantêm sexualmente ativas pertencer ao grupo com reconstrução e de estado civil casado. Entre essas pacientes, algumas são procuradas pelos parceiros, mas não sentem vontade e/ou evitam a relação.

Atividade sexual

Não houve alterações do interesse sexual do parceiro/marido, em ambos os grupos, após a mastectomia: “É como se eu estivesse completamente normal, como se não tivesse tirado nada do meu corpo”, “É muito bom, sinal que nada ou quase nada mudou”, “Meu marido me procura sempre se deixar. Sinto-me bem quando procurada”, “Muito bom, pois faz bem para a gente se sentir querida”. Uma paciente

demonstrou sentir-se desrespeitada pelo marido “por não estar com cabeça e com o físico bom, mas depois comecei a me sentir bem”. Porém, para outras mulheres, o término do tratamento é algo importante e adia a procura por um novo parceiro: “Estou sem parceiro e penso que, se tivesse um, não queria ter relação enquanto não acabasse o tratamento da quimioterapia”. Outras relataram não desejarem uma nova parceria: “Se antes não tinha, agora, muito menos. Não seria capaz de ter um novo parceiro, não sei se por estar acima do peso ou se pela cirurgia”. Para 63,15% das pacientes (oito pacientes do grupo com reconstrução e quatro do grupo sem reconstrução), não há insegurança relacionada ao interesse de que um novo parceiro possa ter por elas, pois o relacionamento conjugal continua o mesmo, com a manutenção do interesse sexual dos maridos (parceiros) por elas.

Por outro lado, três pacientes afirmaram se sentir inseguras, e as demais demonstraram reações ambivalentes, como: “Para ele, está tudo bem. Ele pede direto para ver o meu peito, mas eu tenho vergonha [está sem o bico do seio]”, “...só pensava no câncer, desde a hora em que acordava até a hora de dormir. Hoje, já há espaço para outras coisas”, “Tive um pouco no início, mas agora, não”.

A maioria das pacientes (68,42%) não apresenta sentimentos de menos valia, desesperança e auto-estima negativa. Para elas, a primeira resposta a essa questão era “não”, seguida ou não de uma justificativa posterior: “Sou realista e tenho vontade de viver”, “Tenho muita confiança em mim”, “Sempre esperança”, “Pois na vida tudo é um aprendizado. Se num primeiro obstáculo desistimos, o que será de nós? É tão gostoso viver, levantar, respirar, olhar para o sol, para a lua etc.”, “Sempre para cima e não tenho medo de passar pelo mesmo processo novamente se tiver que passar”, “De maneira nenhuma. A mulher que encara isso de maneira adequada se valoriza. Tem tudo para crescer”, “Após a cirurgia, eu me considero curada, que não tenho doença...”.

Os outros 31,56% apresentavam sentimentos de menos valia, desesperança, auto-estima negativa e desesperança. Porém, para 15,78% (uma paciente no grupo mastectomia radical sem reconstrução e duas no grupo mastectomia radical com reconstrução), esses sentimentos manifestaram-se por um período: “Nos dois primeiros meses eu me senti muito mal, desesperada, chorosa, mas agora estou melhor”, “Tem hora em que fico triste, mas penso que tem gente pior que eu com a doença, que não tem cura”, “Menos valia não, desesperança, às vezes, medo de que o câncer volte em outros lugares. Não penso que valha menos”. As pacientes restantes apresentaram esses sentimen-

tos, com ou sem uma posterior justificativa: “Sim”, “Tenho isso muito”, “Sinto-me um pouco deprimida, insegura, mas dá para passar”.

Temática de morte

Duas pacientes (uma de cada grupo) que estavam deprimidas revelaram desejo de morrer: “Às vezes passa na cabeça. Tem hora que dá vontade de sumir, desaparecer”, “Sim, penso em suicídio, mas não tenho coragem”.

As demais respondem simplesmente “Não” sobre se apresentam pensamentos sobre essa temática (cinco pacientes do grupo de mastectomia radical e uma do grupo de reconstrução) ou justificam isso em pensamentos que mostram uma resignificação sobre a morte e o morrer: “Quando me deram o diagnóstico de câncer, perguntei quanto tempo eu tinha de vida. Tenho muito medo da morte, ela estava distante e agora está perto. Tenho de estabelecer uma nova relação com a morte”, “Não, acho que a morte deve ser natural”, “Não, nem penso na morte”, “Não, mas tenho medo de o câncer me matar”, “Não, porque para mim tirou o tumor acabou o problema. Não me sinto doente e, sim, saudável, curada”.

Duas pacientes pertencentes ao grupo de reconstrução demonstraram estar passando pelo processo de elaboração: “Até uns tempos atrás pensava, agora não... por causa do câncer”, “Nossa... desde de que meu marido morreu. Com o câncer levantei um pouco, pois estava mal antes, mas estou voltando a ficar deprimida [paciente mostra-se deprimida]”.

Ajustamento psicológico

Seis pacientes apresentavam indícios de depressão e uma retornava à depressão, representando 31,57% do total (40% no grupo de mastectomia radical com reconstrução e 22,22% no grupo sem reconstrução). Destas, duas (uma de cada grupo) haviam pensado em suicídio. Esses indícios foram observados quando as pacientes verbalizaram tal condição durante a aplicação do questionário, além de escreverem sobre isso em questões que avaliavam, principalmente, a presença de pensamentos sobre temática de morte, sentimentos de menos valia, desesperança e auto-estima negativa.

Depressão

Foi possível observar depressão ou indícios dela em 15,78% das pacientes. Destas, 66,66% não apresentam perspectivas em relação ao futuro: “Nenhuma”, “Não tenho nenhuma. Estou vivendo por viver, não tenho nada para querer”.

As demais desejam, de modo geral, retomar as atividades diárias, a vida: “Voltar a trabalhar, passear, namorar, viajar etc.”, “Quero fazer todo o tratamento e, se Deus quiser, continuar vivendo e muito bem”, “Quero que Deus me dê muita saúde, que não me dê mais essa doença...”, “Viver muito, ver meus netos”, “Quero trabalhar, fazer algo para ajudar as pessoas que têm desesperança com relação ao tratamento do câncer”, “Ficar completamente curada e retomar a minha vida”, “Eu penso em arrumar alguém que me ajude [marido]”.

WSFQ

Não houve diferenças estatisticamente significativas quanto a desejo, interesse e satisfação sexual, porém, há indícios de diferença estatística em seis das nove entrevistas no grupo de mastectomia sem reconstrução, que atribuíram a menor pontuação (4 pontos) na soma das questões que mediam esse quesito.

Tabela 1. Resultados do WSFQ

Questões	MR			MRR		
	Média	DP	IC	Média	DP	IC
Desejo (1 a 6)	13,3	3	07,3; 19,3	13,3	6	10,3; 16,3
Interesse (7 a 10)	15,1	3	11,1; 19,1	16,3	4	13,3; 19,3
Orgasmo (11 a 14)	06,2	6	04,6; 08,6	08,3	2	02,3; 14,3
Satisfação (15 a 17)	08,1	2	06,1; 10,1	08,7	2	06,7; 10,7

DP: desvio-padrão; IC: índice de confiança – p = 0,05; MR: mastectomia radical sem reconstrução; MRR: mastectomia radical com reconstrução.

A média geral de pontos no questionário foi de 46,66 no grupo de reconstrução e 46,44 no sem reconstrução. Como o DP é igual a 3, não há diferença estatisticamente significativa.

Considerando as 17 questões relevantes para a pontuação do escore, o coeficiente kappa de concordância geral foi igual a 0,60 ou 60%, comprovando que há divergência entre os grupos. O grupo com reconstrução apresentou kappa = 0,78 ou 78%, enquanto o grupo sem reconstrução, 0,47 ou 47%.

Portanto, os resultados do WSFQ demonstram a presença de disfunção sexual (anorgasmia) no grupo de mastectomia radical sem reconstrução.

DISCUSSÃO

Diversos estudos sobre a mastectomia radical vêm sendo conduzidos há anos e abordam ora temas que atualizam os conhecimentos sobre novas drogas para tratamentos neo e adjuvantes do câncer de mama, ora aspectos cirúrgicos do tratamento, sendo muito comum a comparação entre as indicações e os benefícios da cirurgia conservadora frente à mastec-

tomia radical (a modificada ou a Halsted) com ou sem reconstrução e questões como o impacto dessas técnicas sobre a morbidade psicológica das pacientes. Entre esses estudos estão os que abordam a sexualidade^{2,3,6,10,15,17-20}. Todavia, o conhecimento específico sobre a relação entre a mastectomia radical e a sexualidade feminina provém de outros países e não é encontrado em estudos brasileiros. Diante disso, o presente trabalho teve caráter pioneiro, ao comparar dois grupos de pacientes submetidas à mastectomia radical (com e sem reconstrução mamária), visando investigar e compreender a vivência da sexualidade dessas mulheres.

No segmento de questões qualitativas, observamos a busca das pacientes por associar os efeitos da mastectomia sobre sua sexualidade à estrutura psicológica, ao autoconceito e à auto-imagem, à forma como seus relacionamentos afetivo-emocionais estão estruturados, ou seja, à presença ou ausência de relacionamento conjugal, familiar, da rede de amizades e profissional. Quanto ao relacionamento conjugal, a presença da relação marital anterior ao aparecimento do câncer de mama parece ser de suma importância para a manutenção da atividade sexual atual das mulheres submetidas à mastectomia radical, sendo, pois, um facilitador, o que já não ocorre com aquelas sem parceria estável, para as quais os resultados da mastectomia radical são um complicador, se não um impeditivo, para a busca de um novo parceiro que se interesse sinceramente por elas¹⁴.

Nesse estudo, observamos indícios de depressão em 15,78% das pacientes. A ausência de sintomas depressivos na maioria das pacientes poderia estar aliada a um período de grande otimismo frente à retirada do tumor e à retomada da vida cotidiana, porém, para as demais, o processo de elaboração do luto já se iniciava: luto pelo corpo perdido (antes, com mamas, e agora, sem), pelo sentimento de feminilidade roubada ou de ser menos mulher e/ou feminina devido à mastectomia. A preocupação com a auto-imagem, ocorrendo três meses após a cirurgia, poderia estar relacionada ao início precoce do processo de elaboração do luto pelo qual algumas pacientes passavam no momento da pesquisa e/ou ao agravamento ou à retomada da depressão em outras. Para algumas pacientes, a auto-imagem encontrava-se preservada, o que já não ocorreu em

47,36% delas. Tais achados vêm de encontro aos de Maguire²¹, segundo os quais algumas mulheres, no período imediatamente após a cirurgia, não se preocupavam com a auto-imagem, pois o foco estava em se curarem da neoplasia.

Uma menor tendência a obter o orgasmo foi observada entre as mulheres submetidas à mastectomia radical sem reconstrução (IC 04,6; 08,6 *versus* IC 02,3; 14,3, mastectomia radical com reconstrução) e 66,66% obtiveram pontuação mínima nesse grupo de questões. Por meio da pontuação total (grupo com reconstrução: 46,7 pontos; grupo sem reconstrução: 46,44 pontos), notamos um leve indício de que aquelas que fizeram reconstrução são mais felizes e ativas sexualmente que as demais.

A inatividade sexual amostral total foi de 63,15% (ocorrendo em igual porcentagem nos grupos), devendo-se pela falta de parceria, vindo de encontro aos achados de Meyerowitz e col.¹⁴. A procura do parceiro pela relação sexual parece não ter sido influenciada pela mastectomia radical. Porém, algumas pacientes com vida sexual ativa não manteriam relações se a iniciativa para tal tivesse de partir delas, devendo-se isso à mastectomia.

De modo geral, os resultados desse estudo piloto vão de encontro aos obtidos na literatura especializada ao demonstrarem que pacientes submetidas à mastectomia radical sem reconstrução apresentam maior morbidade psicológica do que aquelas submetidas à reconstrução^{3,19,21}.

É de suma importância que as pacientes com câncer de mama tenham acesso a um serviço psicológico desde o momento do diagnóstico, para que possam ser ouvidas suas angústias, seus medos e incertezas, visando, assim, diminuir a incidência de depressão e a sua possível evolução para o suicídio, tal como observado por esta pesquisa e por diversos estudos com pacientes mastectomizadas^{4,16}.

Outras pesquisas prospectivas, como a que está em andamento no HC-FMUSP com uma amostra maior, poderão ser conduzidas nessa área, para que, juntas, ajudem a compor uma amostra da realidade da mulher brasileira quanto à mastectomia radical e ao seu impacto não só sobre a sexualidade, mas sobre todo o funcionamento psicoemocional das pacientes.

KEY WORDS

Women sexuality;
Radical mastectomy;
Breast cancer.

ABSTRACT

THE SEXUALITY OF PATIENTS SUBMITTED TO RADICAL MASTECTOMY

The diagnosis and treatment for breast cancer promotes changes in women's life, and beside this, those related with her sexual life. Evaluate the presence of sexual problems related to the sexuality of women submitted to radical mastectomy. Methods: this work has a pilot character of a study with a larger number of patients. They were evaluated changes of the sexuality in patients submitted to the radical mastectomy patients with reconstruction (n = 10) and to the radical mastectomy patients without reconstruction (n = 10), at three months after the surgery, using Watts Sexual Function Questionnaire, an American questionnaire which assesses four components of sexual experience which includes perceptions of sexual desire, arousal, orgasm and satisfaction, specific to evaluate sexuality in people with clinic pathologies. To this questionnaire were added aiming at the evaluation and observation of the reactions of the patients in front of the surgical diagnosis and the possible alterations resulted of the radical mastectomy in self-esteem, in the humor, in the capacity to plan the future and in maintenance of the affectionate-sexual relationship. The results of this investigation are preliminary, regarding a pilot sample and they showed that the patients submitted to radical mastectomy without reconstruction positive presents indication of sexual dysfunction, mainly in what it concerns to orgasmic function (orgasmic dysfunction), when compared with the group with reconstruction. Indications of the depression presence were observed in 31,57% of the sample. Of these patients, two (one in each group) related suicidal intention during the questionnaire application. There is indication sexuality compromising in patients submitted to the radical mastectomy without reconstruction when compared to those underwent to radical mastectomy with reconstruction, in what concerns to the presence of orgasmic dysfunction.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABDO CHN. Sexualidade humana e seus transtornos. 2.ed. São Paulo: Lemos Editorial. 2000.
2. 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.
3. AL-GHAZAL SK, SULLY L, FALLOWFIELD L, BLAMEY RW. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol* 2000b; 26 (1): 17-9.
4. FALLOWFIELD LJ, HALL A. Psychosocial and sexual impact of diagnosis and treatment of breast cancer. *Br Med Bull* 1991; 47 (2): 388-99.
5. FALLOWFIELD LJ. Psychosocial adjustment after treatment for early breast cancer. *Oncology (Huntingt)* 1990; 4 (4): 87-97.
6. GANZ PA, GAIL AG, PETERSEN L, KAHN B, BOWER JE. Breast cancer in older women: quality of life and psychosocial adjustment in the 15 months after diagnosis. *J Clin Oncol* 2003; 21 (21): 4027-33.
7. HOWELL JR, REYNOLDS III CF, THASE ME et al. Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. *J Affect Disord* 1987; 13 (1): 61-6.
8. KENNEDY SH, DICKENS SE, EISFELD BS, BAGBY RM. Antidepressant induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 (4): 276-81.
9. KENNEDY SH, DICKENS SE, EISFELD BS, BAGBY RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999; 56 (2-3): 201-8.
10. LIM J, HOE AL, WONG CY, SOO KC. Sexuality of women after mastectomy. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24 (5): 659-63.
11. MAGUIRE P. Late adverse psychological sequelae of breast cancer and its treatment. *Eur J Surg Oncol* 1999; 25: 317-20.
12. MALUF MFM. O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama. São Paulo: 2005. Tese de Mestrado, Universidade de São Paulo (no prelo).
13. MARGOLIS G, GOODMAN RL, RUBIN A. Psychological effects of breast-conserving cancer treatment and mastectomy. *Psychosomatic* 1990; 31 (1): 33-9.
14. MEYEROWITZ BE, DESMOND KA, ROWLAND JH, WYATT GE, GANZ PA. Sexuality following breast cancer. *J Sex Marital Ther* 1999; 25 (3): 237-50.
15. MILLER SH, GRAHAM WP. Breast reconstruction after radical mastectomy. *Am Fam Physician* 1975; 11 (5): 97-101.

16. MOYER A. Psychological outcomes of breast conserving surgery versus mastectomy, a meta-analytic review. *Health Psycho* 1997; 16 (3): 284-98.
17. ROWLAND JH, DESMOND KA, MEYEROWITZ BE, BELIN TR, WYATT GE, GANZ PA. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000; 92 (17): 1422-9.
18. SCHOVER LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994; 16: 177-82.
19. SCHOVER LR. The impact of breast cancer on sexuality, body image and intimate relationships. *Ca Cancer J Clin* 1991; 41 (2): 112-20.
20. THORS CL, BROECKEL JA, JACOBSEN PB. Sexual functioning in breast cancer survivors. *Cancer Control* 2001; 8 (5): 442-8.
21. 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.
22. WATTS RJ. Sexual functioning, health beliefs and compliance with high blood pressure medications. *Nurs Res* 1982; 31 (5): 278-83.

Endereço para correspondência

Maria Fernanda M. Maluf
Rua Itacolomi, 601 cj. 66 – Higienópolis
01243-020 – São Paulo/SP
E-mail: maluf.fernanda@gmail.com