

# Avaliação da imagem corporal e da função sexual em mulheres com linfedema após tratamento cirúrgico de câncer de mama

*Body image and sexual function evaluation in women with lymphedema after surgery of breast neoplasm*

Sabrina Mesquita Enomoto<sup>1</sup>, Isabela Azeredo Laurini Pires<sup>2</sup>, Samantha Karlla Loppes de Almeida Rizzi<sup>3</sup>, Cinira Assad Simão Haddad<sup>4</sup>, Afonso Celso Pinto Nazário<sup>5</sup>, Gil Facina<sup>6</sup>

## Descritores

Linfedema  
Imagem corporal  
Sexualidade  
Neoplasias da mama

## Keywords

Lymphedema  
Body image  
Sexuality  
Breast neoplasms

## RESUMO

O tratamento cirúrgico do câncer de mama pode levar a consequências como diminuição de amplitude de movimento de ombro e cotovelo, dor, fraqueza muscular, alteração de sensibilidade e linfedema. O linfedema, além de prejudicar o desempenho das atividades diárias, pode influenciar a imagem corporal e a função sexual da mulher, afetando, assim, sua qualidade de vida. Objetivou-se avaliar a imagem corporal e a função sexual em mulheres após tratamento cirúrgico de câncer de mama que evoluíram com linfedema. Foram incluídas 40 mulheres do Ambulatório de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo e divididas em 2 grupos: grupo controle (n=20), as que não desenvolveram linfedema, e grupo linfedema (n=20). Todas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram aplicados, para todas as pacientes, ficha de avaliação, questionários de Imagem corporal “Como me relaciono com o meu corpo” e de Função sexual avaliada pelo Índice de Função Sexual Feminina. Obesidade, sedentarismo e radioterapia foram considerados fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema. A imagem corporal não foi influenciada pelo linfedema e se relacionou com a função sexual, apresentando relação diretamente proporcional. O câncer de mama interferiu na formação da imagem corporal e na função sexual das pacientes. Assim, além da alteração anatômica da mama, o câncer promove mudanças biopsicossociais, sendo minimizadas pelo tratamento multidisciplinar.

## ABSTRACT

*Breast neoplasm treatment may lead to consequences such as decrease of shoulder and elbow range of motion, pain, muscular weakness, abnormal sensitive and lymphedema. Besides interfering on daily activities, lymphedema can also change body image and female sexual function, affecting women's quality of life. This study aimed to evaluate body image and sexual function on women after surgery treatment of breast neoplasm that developed to lymphedema. Forty women were included in the study. The patients were recruited at Mastology Ambulatory of Universidade Federal de São Paulo. They were separated into 2 groups: control group (n=20), who did not develop lymphedema, and lymphedema group (n=20). All patients signed the Informed Consent. Evaluation form, questionnaires of body image “How do I relate with my body” and of sexual function, assessed by Female Sexual Function Index, were applied to all women involved. Obesity, sedentary lifestyle and radiotherapy were risk factors for lymphedema development. Body image was not influenced by lymphedema, but was related to sexual function, presenting directly proportional relation. Breast neoplasm influenced body image and female sexual function. Thus, in addition to anatomic changes, breast neoplasm promotes biologic, psychology and social changes, requiring a multidisciplinary team to treat women with this disease.*

Trabalho realizado no Ambulatório de Reabilitação Funcional da Disciplina de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM) – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>1</sup>Pós-graduada em Fisioterapia em Ginecologia pela UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>2</sup>Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP; Supervisora do Curso de Especialização de Fisioterapia em Ginecologia da UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>3</sup>Mestre em Ciências da Saúde pela UNIFESP; Supervisora de Estágio da Especialização de Fisioterapia em Ginecologia da UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>4</sup>Doutora em Ciências da Saúde pela UNIFESP; Coordenadora do Curso de Especialização de Fisioterapia em Ginecologia da UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>5</sup>Chefe da Disciplina e Professor Associado Livre-docente do Departamento de Ginecologia da UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

<sup>6</sup>Professor Adjunto do Departamento de Ginecologia da UNIFESP/EPM – São Paulo (SP), Brasil.

Endereço para correspondência: Sabrina Mesquita Enomoto – Rua Marselhesa, 249 – Vila Clementino – CEP: 04024-002 – São Paulo (SP), Brasil – E-mail: enomoto.sabrina@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

Recebido em: 28/08/2014. Aceito em: 02/09/2014

## Introdução

O câncer de mama é doença neoplásica, complexa e heterogênea, responsável pela principal causa de morte por câncer entre mulheres no Brasil, principalmente na faixa etária de 40 a 69 anos. Sua etiologia é multifatorial; assim, fatores como hereditariedade, menarca precoce, primiparidade tardia, menopausa tardia e obesidade estão relacionados ao câncer de mama<sup>1,2</sup>. Com isso, essa doença tem comprometimento físico, mental e social<sup>3</sup>.

O tratamento geralmente se inicia pela cirurgia e, a partir da remoção da doença, é possível definir o estadiamento patológico, identificar risco de metástase e orientar a terapia sistêmica, o que pode aumentar a sobrevida.

A axila é abordada nas cirurgias conservadoras com o objetivo de verificar o comprometimento linfonodal e auxiliar na indicação da terapia sistêmica adjuvante. Na doença inicial, a avaliação axilar é feita pela biópsia do linfonodo sentinela<sup>4-6</sup>.

A terapia sistêmica complementar é composta por quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia. Esses tratamentos podem ter como consequências náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho ponderal, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e da excitação, redução do desejo sexual, dispareunia e anorgasmia<sup>7</sup>.

O tratamento do câncer de mama está associado a diversas complicações, tais como: limitação de amplitude de movimento de ombro e cotovelo, fraqueza muscular, dor, parestesia, infecção, alteração de sensibilidade e linfedema, as quais influenciam no desempenho das atividades diárias e ocupacionais da mulher<sup>1</sup>.

O linfedema é uma das complicações pós-operatórias mais comuns. É definido como acúmulo anormal, crônico e progressivo de proteínas e líquidos no espaço intersticial, edema e inflamação crônica, desenvolvido no membro ipsilateral à mama operada<sup>1</sup>. Sua etiologia é explicada pela obstrução do fluxo linfático na axila, promovendo ineficiência do sistema linfático. Os fatores de risco associados ao desenvolvimento do linfedema são esvaziamento axilar, radioterapia em cadeias de drenagem linfática, obesidade e sedentarismo<sup>8</sup>.

As mulheres com linfedema podem ter sensação de aumento de peso do membro afetado, alterações nos tecidos cutâneo e subcutâneo desse membro afetado, desconforto, dor, dificuldade funcional do membro comprometido e alteração estética, o que influencia no desempenho das atividades de vida diária e na qualidade de vida, podendo levar a depressão, ansiedade e alteração na imagem corporal e na sexualidade<sup>9,10</sup>.

A imagem corporal pode ser considerada fenômeno multidimensional que envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, afetando as emoções, pensamentos e modo como as pessoas se relacionam com as outras, o que influencia a qualidade de vida<sup>3,7</sup>.

Como a mama é considerada símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade na mulher<sup>11</sup>, a diferença individual sobre a imagem corporal irá influenciar o tratamento do câncer de mama segundo o bem-estar psicológico, social e sexual, de

acordo com a imagem e o significado da mama para a mulher com o diagnóstico de câncer de mama<sup>3</sup>.

Deste modo, a partir da imagem corporal alterada, a sexualidade também poderá estar modificada, afetando a função sexual feminina<sup>12</sup>. Esta função é resultante da interação cultural, comportamental e da resposta sexual<sup>13</sup>. A resposta sexual feminina é composta por: desejo, excitação, orgasmo e resolução. A presença de alteração em algum dos fatores anteriores provocará disfunção sexual<sup>12</sup>.

Mulheres com câncer de mama, portanto, apresentam alteração na imagem corporal, o que influencia sua sexualidade e função sexual. Como há poucos estudos que avaliem se o linfedema, presente em algumas mulheres após o tratamento de câncer de mama, afeta a qualidade de vida e a imagem corporal, podendo alterar a função sexual feminina, justifica-se o presente estudo.

O objetivo deste estudo foi avaliar imagem corporal e função sexual em mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama que evoluíram com linfedema.

## Métodos

Estudo transversal analítico realizado no período de junho a dezembro de 2012, no Ambulatório da Disciplina de Mastologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP UNIFESP - Registro SISNEP CAAE: 02613512.1.0000.5505).

Foram incluídas mulheres que desenvolveram linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama realizado há mais de um ano e que fazem acompanhamento no Ambulatório. Foram excluídas do estudo mulheres com antecedentes de câncer na região pélvica, pacientes com déficit cognitivo, que não responderam a todos os questionários e que não concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram entrevistadas 40 mulheres e, então, divididas em 2 grupos com 20 pacientes, a saber: grupo linfedema e grupo controle — sem linfedema (formado por mulheres que fizeram acompanhamento pós-operatório no Setor de Fisioterapia do Ambulatório de Mastologia).

Todas as pacientes foram informadas sobre a pesquisa e, após concordarem, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nos dois grupos, foram aplicados a ficha de avaliação, o questionário de imagem corporal e o questionário de sexualidade. Os itens dos questionários foram lidos sem interferência ou indução na resposta das mulheres entrevistadas.

A ficha de avaliação continha dados de identificação da paciente, dados cirúrgicos, questões sobre índice de massa corporal, presença ou não de algias, de linfedema, de atividade física, frequência sexual mensal, satisfação sexual referida e perimetria dos membros superiores. As pacientes que não tiveram relação sexual há seis meses ou mais foram consideradas sexualmente não ativas e foram questionadas sobre a satisfação sexual.

A perimetria foi feita com fita métrica graduada em centímetros para se obter a circunferência em oito pontos do membro superior: mão, três pontos no antebraço (com distância de sete centímetros entre eles, iniciados a partir da prega anterior do cotovelo), prega anterior do cotovelo e três pontos no braço (com distanciamento de sete centímetros entre eles, iniciados a partir da prega anterior do cotovelo).

O grupo de linfedema foi composto por mulheres que apresentaram diferença igual ou superior a dois centímetros na perimetria do membro superior acometido, quando comparado às medidas do membro contralateral. O grupo controle foi composto por mulheres que não apresentaram linfedema.

O questionário de imagem corporal aplicado foi a Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo”, específico para câncer de mama. Esse questionário é composto por 14 afirmações nas quais a paciente deve escolher 1 entre 4 opções de resposta: não concordo, concordo pouco, concordo moderadamente ou concordo bastante. São sete afirmações sobre como ela enxerga o corpo antes da doença e as outras sete questões referem-se à influência do processo de mudança resultante da doença ou tratamento na valorização do corpo.

Cada afirmação pode valer de um a quatro pontos. Com a soma das 14 afirmações, obtém-se o resultado do questionário (de 14 a 56), que classifica como imagem corporal muito baixa (pontuação abaixo ou igual a 24 pontos), imagem corporal moderadamente baixa (pontuação de 26 a 34 pontos) ou imagem corporal ajustada (pontuação acima de 36 pontos).

O questionário de sexualidade utilizado foi o Índice de Função Sexual Feminina e este é composto por 19 questões distribuídas em 6 domínios (desejo, excitação, lubrificação, orgasmo, satisfação e dor). Cada resposta tem valor entre zero e cinco e os domínios recebem escore de zero a seis, considerando que quanto menor o escore obtido, maior será a disfunção desse domínio. Com a soma de todos os domínios, é possível conseguir o escore da função sexual, sendo que quanto menor o escore, pior será a função sexual.

Os dados obtidos foram tabulados e analisados pelo *software* SigmatStat, versão 17.0. Para obter o perfil das pacientes, foi realizada a análise descritiva dos dados da ficha de avaliação. As variáveis qualitativas foram descritas por categorias e percentual; as numéricas foram descritas por média e desvio padrão (DP), usando índice de significância de 5%.

Foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov nas variáveis qualitativas e o teste de Mann-Whitney nas variáveis quantitativas para verificar a normalidade dos dados.

Para analisar os resultados do questionário de Imagem corporal dos grupos, foi utilizado o teste do  $\chi^2$ . Nos resultados do questionário de Sexualidade dos grupos, foi utilizado o teste *t* de Student ( $p=0,05$ ).

A correlação entre os dois questionários foi feita pelo teste de correlação de Spearman.

## Resultados

A média de idade encontrada nas pacientes foi de 59 anos (DP=9,6), 40,0% eram casadas, 40,0% não finalizaram o primeiro grau, 95,0% eram destros, 30,0% estavam em sobrepeso, 92,5% eram menopausadas, 52,5% eram sexualmente não ativas, 55,0% não apresentavam queixas algias e 60,0% eram sedentárias. A Tabela 1 resume as características da amostra.

Quanto ao tipo de cirurgia realizada, 72,5% (n=29) das pacientes foram submetidas à mastectomia, 10,0% (n=4) à quadrantectomia e 17,5% (n=7) à tumorectomia (Figura 1).

**Tabela 1.** Dados demográficos das 40 pacientes

	Total	Grupo controle	Grupo linfedema
	%	%	%
Idade (anos)	59 (9,6)	56 (8,8)	63 (9,5)
Estado civil			
Solteira	35,0	25,0	45,0
Casada	40,0	50,0	30,0
Amasiada	5,0	5,0	5,0
Viúva	20,0	20,0	20,0
Escolaridade*			
Primeiro grau incompleto	40,0	45,0	35,0
Primeiro grau completo	22,5	15,0	30,0
Segundo grau incompleto	0,0	0,0	0,0
Segundo grau completo	15,0	15,0	15,0
Ensino superior incompleto	7,5	10,0	5,0
Ensino superior completo	12,5	15,0	10,0
Função			
Destros	95,0	95,0	95,0
Canhotas	5,0	5,0	5,0
Índice de massa corporal**			
Ajustada	25,0	30,0	20,0
Sobrepeso	30,0	35,0	25,0
Obesidade I	17,5	10,0	25,0
Obesidade II	12,5	10,0	15,0
Obesidade III	10,0	0,0	10,0
Menopausa			
Sim	92,5	90,0	95,0
Não	7,5	10,0	5,0
Atividade sexual*			
Ativa satisfeita	30,0	40,0	20,0
Ativa insatisfeita	15,0	10,0	20,0
Inativa satisfeita	47,5	45,0	50,0
Inativa insatisfeita	5,0	5,0	5,0
Algias			
Presença	45,0	45,0	45,0
Ausência	55,0	55,0	55,0
Sedentárias	60,0	55,0	65,0

\*uma paciente não respondeu a essa questão; \*\*duas pacientes não responderam a essa questão.

As cirurgias descritas foram realizadas em 47,5% na mama direita, 45,0% na mama esquerda e 7,5% em ambas as mamas. No grupo controle, 55,0% das pacientes tiveram a mama direita operada, 35,0% tiveram a mama esquerda e 10,0% sofreram operações em ambas as mamas. Já no grupo linfedema, houve 40% de cirurgias na mama direita, 55,0% na mama esquerda e 5,0% em ambas. A reconstrução mamária foi realizada em 27,5% das pacientes.

Em relação às condutas terapêuticas para complementação cirúrgica, observou-se que 77,5% realizaram radioterapia, 80,0%

fizeram quimioterapia e 72,5% faziam uso de hormonoterapia. Da amostra, nos períodos de seguimento, 87,5% não evoluíram com metástase (Tabela 2).

O questionário de imagem corporal apresentou 70% (28 de 40) das pacientes com a autoimagem ajustada, com resultados semelhantes nos dois grupos, como descrito na Figura 2.

A distribuição da imagem corporal encontrada nas pacientes que realizaram ou não reconstrução mamária foi dividida segundo o tipo de cirurgia e está descrita na Tabela 3.

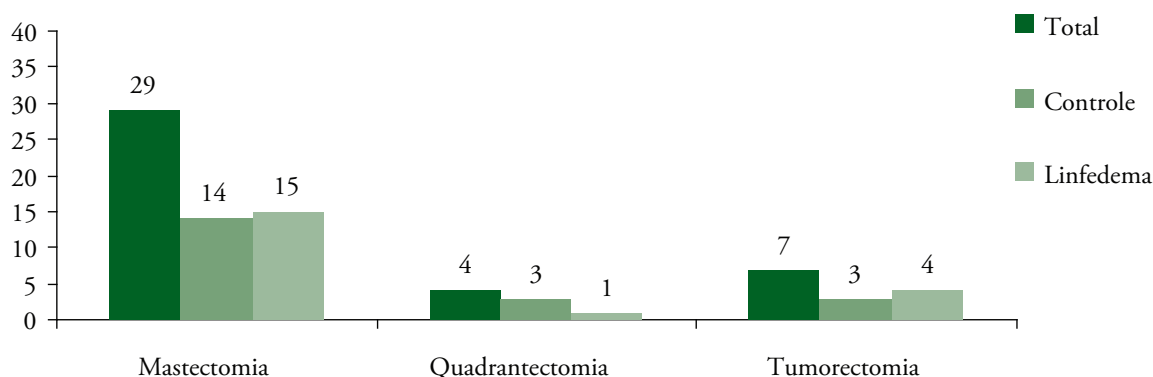


Figura 1. Descrição do tipo de cirurgia a que as pacientes foram submetidas

Tabela 2. Descrição das características da amostra

	Total (%)		Grupo controle (%)		Grupo linfedema (%)	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Radioterapia	77,5	22,5	70,0	30,0	85,0	15,0
Quimioterapia	80,0	20,0	80,0	20,0	80,0	20,0
Hormonoterapia	72,5	27,5	75,0	25,0	75,0	25,0
Reconstrução mamária	27,5	72,5	20,0	80,0	35,0	65,0
Metástase	12,5	87,5	5,0	95,0	20,0	80,0

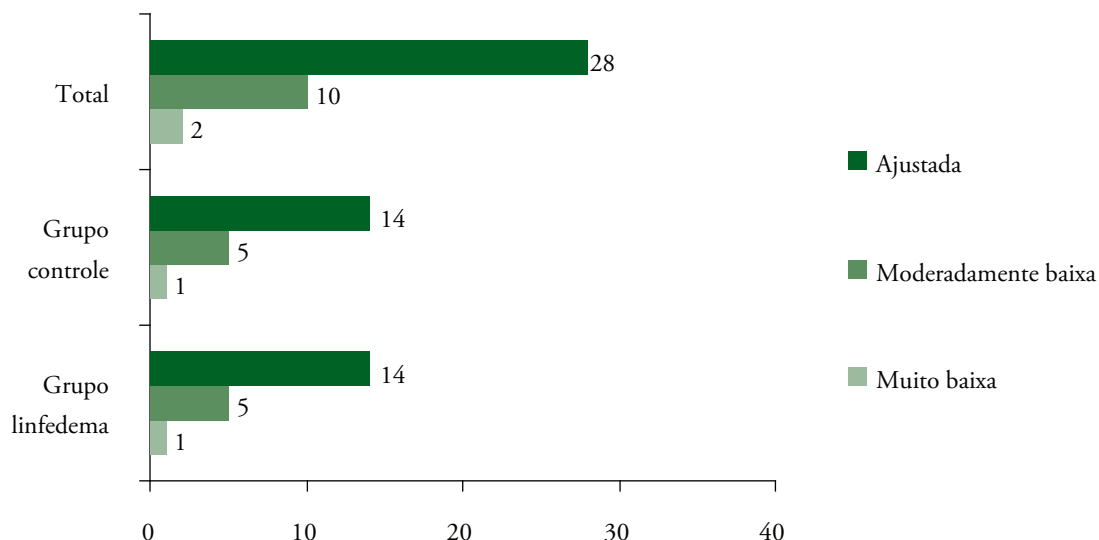


Figura 2. Distribuição das pacientes em relação à imagem corporal

A média de frequência sexual mensal relatada na entrevista inicial foi de 0,6 (DP=1,8) no grupo linfedema e de 2,7 (DP=1,3) no grupo controle.

A análise da função sexual obtida pelo questionário Índice de Função Sexual Feminina teve resultados semelhantes nos dois grupos, com médias 10,4 (DP=11,5) e 10,5 (DP=9,8) nos grupos controle e linfedema, respectivamente. O domínio de satisfação teve o maior desempenho, apresentando, porém, valor maior no grupo linfedema (3,7) do que no grupo controle (3,5). A excitação foi o domínio que apresentou o pior desempenho em ambos os grupos, sendo 0,9 no grupo linfedema e 1,7 no controle. No entanto, as comparações da função sexual e dos domínios entre os grupos não apresentaram nível de significância estatística, como apresentado na Tabela 4.

Da amostra, 32,5% (n=13) eram sexualmente ativas. Assim, a descrição do desempenho sexual das mulheres sexualmente ativas está na Tabela 5. Diferentemente do observado no desempenho da amostra total, que apresentou o domínio de satisfação com maior pontuação, nas pacientes sexualmente ativas, a lubrificação foi o domínio com a melhor pontuação (5,1 nos dois grupos).

O desejo sexual foi o que teve a menor pontuação tanto no grupo linfedema (3,6) quanto no grupo controle (3,7). As comparações não apresentaram nível de significância estatística.

A correlação dos dados obtidos nos questionários de Imagem corporal e de Função Sexual teve o coeficiente de correlação 0,327, o que indica que quanto maior a pontuação da imagem corporal, maior será a pontuação de desempenho sexual, ou seja, elas são diretamente proporcionais. O valor de p encontrado foi de 0,0397, indicando confiabilidade dos dados.

## Discussão

A média de idade encontrada neste estudo foi de 59 anos, sendo que, no grupo linfedema, a média foi maior que a do grupo controle, 63 e 56 anos, respectivamente. A idade não foi associada ao linfedema em estudo realizado em 2008<sup>14</sup>, porém são necessárias mais pesquisas para essa relação porque sabe-se que, com o envelhecimento, há diminuição do mecanismo de abertura das anastomoses linfocenas, o que contribuiria para o desenvolvimento do linfedema.

**Tabela 3.** Imagem corporal da amostra de acordo com o tipo de cirurgia realizada e reconstrução mamária\*

Reconstrução mamária	Mastectomia		Quadrantectomia		Tumorectomia	
	Sim (n=10)	Não (n=18)	Sim (n=1)	Não (n=3)	Sim (n=0)	Não (n=7)
<b>Imagem corporal</b>	%	%	%	%	%	%
Muito baixa	–	11,0	–	–	–	–
Moderadamente baixa	20,0	28,0	–	–	–	42,8
Ajustada	80,0	61,0	100	100	–	57,2

\*Uma paciente não respondeu essa pergunta.

**Tabela 4.** Média da função sexual dos grupos estudados

	Total		Grupo controle		Grupo linfedema		Valor p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão	
Desejo	2,6	1,3	2,7	1,3	2,4	1,3	0,58
Excitação	1,3	2,0	1,7	2,2	0,9	1,8	0,24
Lubrificação	1,6	2,5	2,0	2,6	1,2	2,4	0,35
Orgasmo	1,4	2,2	1,8	2,4	1,0	1,9	0,25
Satisfação	3,6	1,3	3,5	1,4	3,7	1,1	0,57
Ausência de dor	1,5	2,3	2,0	2,6	1,0	2,0	0,19
Total	12,2	11,0	10,4	11,5	10,5	9,8	0,98

**Tabela 5.** Desempenho da função sexual das pacientes sexualmente ativas

	Total (n=13)		Grupo controle (n=8)		Grupo linfedema (n=5)		Valor p
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio Padrão	
Desejo	3,6	1,2	3,7	1,1	3,6	1,5	0,84
Excitação	4,1	1,2	4,3	0,9	3,8	1,6	0,52
Lubrificação	5,1	1,2	5,1	1,1	5,1	1,5	0,93
Orgasmo	4,4	1,3	4,6	1,3	4,1	1,4	0,54
Satisfação	4,8	1,3	4,8	1,2	4,6	1,8	0,80
Ausência de dor	4,8	1,2	5,1	0,8	4,3	1,6	0,24
Total	27,0	6,5	27,8	5,7	25,7	8,3	0,59

Escolaridade e idade da menopausa não influenciam a ocorrência de linfedema, de acordo com revisão sistemática realizada em 2008<sup>14</sup>. O mesmo foi verificado no presente estudo.

As características que influenciaram a presença do linfedema nas pacientes deste estudo foram: obesidade, sedentarismo e realização da radioterapia.

O grupo linfedema apresentou 50% de mulheres obesas, resultado que está de acordo com os estudos encontrados na literatura<sup>14-16</sup>. Foi observado que há associação positiva entre linfedema e sobrepeso, porém o mecanismo biológico dessa relação não está claro<sup>14</sup>.

Em relação à prática de atividade física, no grupo controle, 55% eram sedentárias. O grupo linfedema foi composto por 65% de mulheres que não realizavam atividade física. Há hipóteses de que o sedentarismo seria fator de risco para linfedema porque o exercício auxiliaria na recuperação do tratamento do câncer de mama, redefinindo os vasos linfáticos, ativando o fluxo linfático e prevenindo o aumento ponderal<sup>15</sup>.

Alguns estudos<sup>16,17</sup> não encontraram evidências de que o exercício físico dos membros superiores realizados após o tratamento cirúrgico de câncer de mama resultaria no desenvolvimento de linfedema.

A radioterapia foi realizada em 85% das mulheres do grupo linfedema e em 70% das do grupo controle. Alguns autores<sup>14,15,18</sup> consideram a radioterapia como fator de risco para linfedema, desde que realizados em cadeias linfáticas e em axila.

A quimioterapia foi realizada em 80% das mulheres nos dois grupos, não apresentando diferença significativa dos dados. Ao contrário, em pesquisa realizada em 2010, a quimioterapia foi considerada fator de risco para o desenvolvimento de linfedema, o que não foi visto em outros estudos<sup>14-17</sup>, cujos resultados se assemelham aos do nosso.

Atualmente, têm sido realizados estudos que investigam a função linfática do membro superior no período pré-operatório de mulheres com câncer de mama, com o objetivo de verificar a existência de alterações linfáticas no membro. Em trabalho realizado em Campinas<sup>19</sup> em 2011, foram encontrados 8% de pacientes com alterações importantes no membro ipsilateral à cirurgia e 11% de mulheres com funções ideais. Com mais pesquisas sobre o assunto e com a realização de exames diagnósticos de alterações linfáticas antes da cirurgia, a equipe médica poderá planejar o tratamento com menor possibilidade de desenvolvimento de linfedema nas pacientes com câncer de mama.

O grupo linfedema do nosso estudo foi composto por 75% de mulheres que sofreram mastectomia, 20% tumorectomia e 5% quadrantectomia, o que está de acordo com um artigo de revisão de realizado em 2010<sup>15</sup> — quanto maior a agressividade cirúrgica, mais chance de desenvolvimento de linfedema. Contudo, essa associação não foi encontrada em revisão de 2008<sup>14</sup>.

A simetria corporal e os cabelos são atributos presentes nos ideais de feminilidade, beleza e saúde da sociedade. Mulheres que tiveram câncer de mama e que são apegadas a esses ideais podem ter maior sofrimento e angústia de acordo com as alterações corporais presentes após o tratamento oncológico, o que influencia a construção da própria imagem<sup>7,20,21</sup>.

Dentre as pacientes mastectomizadas avaliadas no presente estudo, 32,1% apresentaram imagem corporal de muito baixa a moderadamente baixa e 67,9%, imagem ajustada. Todas as pacientes que realizaram quadrantectomia tiveram imagem ajustada. As pacientes que sofreram tumorectomia tiveram 42,8% de imagem moderadamente baixa e 57,2% de imagem ajustada.

A comparação da imagem corporal em relação à reconstrução mamária só foi possível ser feita nos dados das pacientes mastectomizadas, tendo pior resultado de imagem corporal nas mulheres que não fizeram reconstrução mamária. Esses dados estão de acordo com pesquisa realizada em 2011 em Ribeirão Preto (SP)<sup>7</sup>, que apresentou impacto maior na imagem corporal e no descontentamento com o resultado estético em mulheres que sofreram mastectomia sem reconstrução, quando comparadas às que realizaram outras cirurgias, sendo observados alteração na percepção da imagem corporal e problemas com a simetria corporal nas pacientes mastectomizadas. A satisfação da imagem corporal foi maior e melhor em mulheres que realizaram reconstrução mamária ou que tiveram conservação de mama.

Outra pesquisa realizada na Universidade de Washington em 2011<sup>22</sup> apresentou dados opostos aos encontrados no nosso estudo. A avaliação da imagem corporal após seis meses de cirurgia em mastectomizadas que realizaram reconstrução mamária foi pior do que naquelas que sofreram somente mastectomia. Além disso, a imagem corporal, avaliada em quatro períodos (1º, 6º, 12º e 24º mês após a cirurgia), também foi comparada entre pacientes submetidas à mastectomia com reconstrução e pacientes que fizeram cirurgia conservadora (tumorectomia ou quadrantectomia), sem apresentar diferença significativa entre os grupos em nenhuma das avaliações. Após dois anos de cirurgia, não houve diferença significativa entre a imagem corporal de todas as pacientes, ou seja, não houve impacto do tipo de cirurgia na imagem corporal das pacientes do estudo após o 24º mês de cirurgia.

Outra hipótese que pode explicar a alteração da imagem corporal em pacientes com câncer de mama seria a alopecia adquirida após a quimioterapia e a assimetria na região das mamas. Essas queixas foram consideradas as consequências mais graves do tratamento de câncer de mama porque a alopecia poderia denunciar o câncer, influenciando o convívio social. A assimetria em mamas geraria constrangimento, que pode ser superado com o uso de próteses mamárias externas ou pela reconstrução mamária<sup>7</sup>.

Os resultados obtidos pelo questionário de imagem corporal foram iguais nos dois grupos. Assim, neste estudo, não foi identificada influência do linfedema na percepção da própria imagem

das pacientes com câncer de mama. Entretanto, o tamanho da amostra pode ter interferido nesse resultado.

O nosso estudo foi composto por 92,5% de mulheres que estavam no climatério. O grupo linfedema apresentou porcentagem maior do que o grupo controle, 95,0 e 90,0%, respectivamente.

As alterações hormonais somadas à diminuição de lubrificação genital podem ser responsáveis pelo comprometimento da atividade sexual feminina, o que pode promover sintomas como: interesse e motivação sexual prejudicados, dificuldade em se sentir excitada e para desencadear o desejo durante o envolvimento sexual, distúrbios orgásmicos, dispareunia e vaginismo<sup>23</sup>. A terapia hormonal seria opção de tratamento farmacológico para as alterações hormonais causadas pela menopausa, porém isso é contraindicado em mulheres com câncer de mama<sup>24</sup>.

O desempenho sexual das pacientes avaliadas em nosso estudo é obtido pela pontuação total do questionário e, quanto maior a pontuação, melhor o desempenho. A média do desempenho das pacientes foi 12,2 (DP=11) no total, 10,4 (DP=11,5) no grupo controle e 10,5 (DP=9,8) no grupo linfedema, apresentando escore baixo, o que caracteriza desempenho sexual ruim, resultado confirmado pela literatura<sup>25-27</sup>.

Pesquisa australiana<sup>26</sup> que avaliou função sexual em 1.011 pacientes com câncer de mama apresentou 70,0% de mulheres com problemas na função sexual. Esses problemas foram maiores naquelas que utilizavam inibidor de aromatase do que nas que usavam tamoxifeno e naquelas com alteração na imagem corporal.

O presente estudo apresentou nos dois grupos o domínio excitação com a menor pontuação obtida pelo questionário de função sexual, concordando com a literatura<sup>12,25</sup>. Outro protocolo de sexualidade realizado em pacientes oncológicos<sup>12</sup> mostrou que 50 a 64% das mulheres com câncer de mama apresentaram dificuldade de excitação, desejo e lubrificação.

A inatividade sexual foi encontrada em 67,5% (n=27) das nossas pacientes. O câncer associado a fatores físicos, psíquicos e sociais pode resultar em prejuízos à função sexual, ao estado emocional e ao relacionamento do casal, o que pode gerar a inatividade sexual<sup>12</sup>. A diminuição da frequência sexual após o câncer de mama foi relatada em revisão realizada na Universidade de São Paulo<sup>25</sup>.

O desejo sexual foi o domínio com a menor pontuação da função sexual das pacientes sexualmente ativas. Esse resultado também é relatado por diversos autores<sup>12,25-27</sup>.

A correlação entre imagem corporal e função sexual foi positiva no nosso estudo, indicando relação diretamente proporcional entre essas variáveis em pacientes com câncer de mama, concordando com a literatura<sup>21,25,26</sup>.

A nossa pesquisa teve como limitação, no entanto, o tamanho da amostra, que foi pequeno, o que pode ter influenciado nos resultados obtidos.

## Conclusão

O esvaziamento axilar, a obesidade, o sedentarismo e a radioterapia nas cadeias linfáticas e na axila são fatores de risco para o desenvolvimento de linfedema.

No nosso estudo, não foi verificada relação entre linfedema e imagem corporal, possivelmente devido ao pequeno número da amostra. No entanto, são necessários mais estudos que avaliem a relação da imagem corporal e presença de linfedema em pacientes que foram submetidas ao tratamento cirúrgico para câncer de mama.

A função sexual teve baixa pontuação em ambos os grupos, indicando desempenho sexual ruim. O comprometimento da função sexual pode ser resultado das alterações causadas pela menopausa, hormonoterapia, quimioterapia, radioterapia, alteração da imagem corporal e o próprio câncer.

Assim, o tratamento da mulher com câncer de mama deve ser multiprofissional, pois, além da alteração neoplásica das glândulas mamárias, o câncer promove modificações funcionais, emocionais, psíquicas, sociais e financeiras que afetam a vida profissional, social e afetiva, ou seja, interfere diretamente na qualidade de vida da mulher.

## Referências

1. Jammal MP, Machado ARM, Rodrigues LR. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. *O Mundo da Saúde São Paulo*. 2008;32(4):506-10.
2. Pinho VFS, Coutinho ESF. Risk factors for breast cancer: a systematic review of studies with female samples among the general population in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):351-60.
3. Tapadinhas AR, Palhinhas P, Gouveia P. Validação da escala de imagem corporal "como me relaciono com o meu corpo". Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. In: 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa. Atas. p. 333-40.
4. McLaughlin SA, Wright MJ, Morris KT, Sampson MR, Brockway JP, Hurley KE, et al. Prevalence of lymphedema in women with breast cancer 5 years after sentinel lymph node biopsy or axillary dissection: patient perceptions and precautionary behaviors. *J Clin Oncol*. 2008;26:5220-6.
5. Quadros LGA, Gebrim LH. A pesquisa do linfonodo sentinela para o câncer de mama na prática clínica do ginecologista brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2007;29(3):158-64.
6. Velloso FSB, Barra AA, Dias RC. Functional performance and quality of life after SLNB in breast cancer. *Rev Bras Fisioter*. 2010;15(2):146-53.
7. Santos DB, Vieira EM. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão de literatura. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(5):2511-22.
8. Bergmann A, Mattos IE, Koifman RJ. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2004;50(4):311-20.
9. Rezende LF, Pedras FV, Ramos CD, Gurgel MSC. Avaliação das compensações linfáticas no pós-operatório de câncer de mama com dissecação axilar através da linfocintilografia. *J Vasc Bras*. 2008;7(4):370-5.

10. Nesvold IL, Reinertsen KV, Fosså SD, Dahl AA. The relation between arm/shoulder problems and quality of life in breast cancer survivors: a cross-sectional and longitudinal study. *J Cancer Surviv.* 2011;5:62-72.
11. Sbitti Y, Kadiri H, Essaidi I, Fadoukhair Z, Kharmoun S, Slimani K, et al. Breast cancer treatment and sexual dysfunction: Moroccan women's perception. *BMC Women's Health.* 2011;11:29.
12. Fleury HJ, Pantaroto HSC, Abdo CHN. Sexualidade em oncologia. *Diagn Tratamento.* 2011;16(2):86-90.
13. Thiel RRC, Dambros M, Palma PCR, Thiel M, Riccetto CLZ, Ramos MF. Tradução para português, adaptação cultural e validação do Female Sexual Function Index. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008;30(10):504-10.
14. Bergman A, Mattos IE, Koifman RJ. Fatores de risco para linfedema após câncer de mama: uma revisão de literatura. *Fisioter Pesqui.* 2008;15(2):207-13.
15. Rezende LF, Rocha AVR, Gomes CS. Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento de câncer de mama. *J Vasc Bras.* 2010;9(4):233-8.
16. Schimitz KH. Balancing lymphedema risk: exercise versus deconditioning for breast cancer survivors. *Exerc Sport Sci Rev.* 2010;38(1):17-24.
17. McNeely ML, Campbell K, Ospina M, Rowe BH, Dabbs K, Klassen TP, et al. Exercise interventions for upper-limb dysfunction due to breast cancer treatment. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010;(6):CD005211.
18. Paiva DMF, Leite ICG, Rodrigues VO, Cesca MG. Fatores associados ao linfedema em pacientes com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(2):75-80.
19. Rezende LF, Pedras FV, Ramos CD, Gurgel MSC. Função linfática do membro superior no pré-operatório de câncer de mama. *Rev Assoc Med Bras.* 2011;57(5):540-4.
20. Oliveira CL, Saosa FPA, Garcia CL, Mendonça MRK, Menezes IRA, Brito Junior FE. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Rev Rene.* 2010;11:53-60.
21. Almeida TR, Guerra MR, Filqueiras MST. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. *Physis Revista de Saúde Coletiva.* 2012;22(3):1003-29.
22. Collins KK, Liu Y, Schootman M, Aft R, Yan Y, Dean G, et al. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat.* 2011;126:167-76.
23. Fleury HJ, Abdo CHN. Modalidades de tratamento para sintomas sexuais da menopausa. *Diagn Tratamento.* 2010;15(4):187-90.
24. Duijts SFA, Oldenburg HSA, Van Beurden M, Aaronson NK. Cognitive behavioral therapy and physical exercise for climacteric symptoms in breast cancer patients experiencing treatment-induced menopause: design of a multicenter trial. *BMC Women's Health.* 2009;9:15.
25. Cesnik VM, Santos MA. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. *Psicol Reflex Crit.* 2012;25(2):339-49.
26. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med.* 2011;8:294-302.
27. Harirchi I, Montazeri A, Bidokhti FZ, Mamishi N, Zendejdel K. Sexual function in breast cancer patients: a prospective study from Iran. *J Exp Clin Cancer Res.* 2012;31:20.