

O perfil da sexualidade em mulheres com câncer de mama

The sexual profile of breast cancer women

Maria Fernanda de Matos Maluf^{1,2}, Marco de Tubino Scanavino², Alfredo Carlos S. D. Barros³,
Lincon Jo Mori¹, Fabrício Saad Duarte⁴, Elsa Aida Gay¹

¹Departamento de Mastologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

²Departamento e Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

³Departamento de Mastologia do Hospital Sírio Libanês, São Paulo, Brasil.

⁴Estatístico.

Endereço para correspondência: Maria Fernanda de Matos Maluf. Rua Itacolomi, 601, cj. 66, Higienópolis, 01239-020, São Paulo, SP, e-mail: maluf.fernanda@gmail.com

Recebido em: 27/2/2008. Aceito após modificações em: 9/5/2008

Palavras-chaves

Neoplasia mamária;
Mastectomia radical;
Sexualidade feminina;
Disfunção sexual.

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é a neoplasia maligna responsável por cerca de 20% dos óbitos entre as mulheres. Os tratamentos utilizados promovem, de modo geral, alterações na auto-imagem, na imagem corporal, no autoconceito e na sexualidade feminina. Assim, objetivou-se avaliar a presença ou não de disfunções sexuais em mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia radical. **Métodos:** Foram avaliadas, pelo período de um ano, 52 mulheres entre 50 e 60 anos de idade, divididas em dois grupos: controle, composto por 37 mulheres com tumores benignos de mama e 15 submetidas à mastectomia radical, utilizando o *Watts Sexual Function Questionnaire* (WSFQ), que avalia os quatro componentes da experiência sexual, incluindo as percepções sobre desejo sexual, interesse, orgasmo e satisfação, específico para avaliar a sexualidade em sujeitos com patologias clínicas, previamente aplicado na população brasileira^{1,2}. A esse questionário foram acrescidas questões qualitativas visando a avaliação e a observação das reações das pacientes diante do diagnóstico cirúrgico e das possíveis alterações advindas da mastectomia radical na auto-estima, no humor, na capacidade de planejar o futuro e na manutenção do relacionamento afetivo-sexual. Testes estatísticos para medidas repetidas, análise de correlação entre variáveis e análise exploratória de dados multidimensionais estão entre as técnicas utilizadas para avaliar o conjunto de dados. **Resultados:** As principais variações detectadas ao longo do tempo foram: o desejo sexual, no grupo-controle, e a excitação, no grupo submetido à mastectomia radical. Avaliando-se o impacto do tempo, considerando-se comparativamente os dois grupos, observou-se piora no desejo das pacientes pertencentes ao grupo-controle comparado ao grupo de mastectomia radical. **Conclusão:** A presença de disfunções sexuais em ambos os grupos estavam relacionadas às mudanças na auto-estima, na auto-imagem, na imagem corporal e no *self* feminino.

Keywords

Breast neoplasm;
Radical mastectomy;
Female sexuality;
Sexual dysfunction.

ABSTRACT

Background: Breast cancer is a malignant neoplasia responsible approximately for 20% of deaths among women. In general, treatments used promote alterations in self-image, in body image, in self-awareness, and in female sexuality. So we aim to evaluate the presence or not of sexual dysfunctions in women with breast cancer submitted to radical mastectomy. **Methods:** for a period of one year, 52 women between 50 and 60 years old were evaluated, divided in two groups: control group, composed by 37 women with benign breast tumors, and a second group of 15 submitted to radical mastectomy, both using the *Watts Sexual Function Questionnaire* (WSFQ), that evaluates four components of sexual experience, including the perceptions about sexual desire, interest, orgasm, and satisfaction, specific for evaluating sexuality in subjects with clinical pathologies, previously applied in the Brazilian population^{1,2}. To this questionnaire were added qualitative questions with the purpose of evaluating and observing patients' reactions facing

the surgical diagnosis and the possible resulting alterations of radical mastectomy in self-esteem, in mood, in the capacity of planning their future, and in the maintenance of the affective-sexual relationships. Statistical tests for repeated measures, analysis of correlation among variables and analysis of multidimensional exploratory data are between the techniques used to evaluate the data. Results: The main variations detected along this period of time, were sexual desire, in the control group, and excitement in the group submitted to the radical mastectomy. Evaluating the impact of the time, considering comparatively both groups, there was a worsening in the desire in control group patients when compared to the radical mastectomy group. Conclusion: the presence of sexual dysfunction in both groups was related to changes in self-esteem, self-image, body-image, and in the feeling of femininity.

Introdução

O câncer de mama é a segunda causa de morte entre as brasileiras, com 49.800 casos novos, e dois estados brasileiros concentram mais casos, quais sejam, São Paulo e Rio de Janeiro, com, respectivamente, 15.640 e 7.680 ocorrências. Em suas capitais, São Paulo e Rio de Janeiro há 5.940 e 4.160 casos, concomitantemente³.

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

Embora as alterações na sexualidade em pacientes submetidas à mastectomia radical seja amplamente estudadas no exterior, no Brasil apenas foi iniciada por Maluf¹, com a avaliação de 19 mulheres com três meses de pós-cirúrgico.

O resultado dessa primeira pesquisa mostrou indícios de comprometimento na função sexual das mulheres submetidas à mastectomia radical sem reconstrução (anorgasmia), quando comparadas àquelas com reconstrução mamária, afetando o sentimento de feminilidade em 15,53% destas, mais prevalente entre aquelas sem reconstrução.

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

Método

Participantes

Foram selecionadas, no período de outubro de 2004 a novembro de 2007, 52 mulheres entre 50 e 60 anos, oriundas do Ambulatório de Mastologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e do Núcleo de Filantropia em Mastologia do Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, Brasil.

Foram divididas em dois grupos: 37 com tumores benignos de mama e 15 com tumores malignos de mama, submetidas à mastectomia radical à Madden. Essas últimas foram subdivididas em dois grupos, porquanto oito realizaram reconstrução mamária e sete não.

Pacientes com tumores benignos foram escolhidas como parâmetro comparativo para se verificar 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.

Os critérios de exclusão utilizados foram: pacientes com recidiva de câncer de mama e históricos de eventos estressantes e condições mórbidas com impacto na saúde sexual, como disfunções sexuais, dependência de substâncias psicoativas, depressão, antecedente de abuso sexual.

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

Ética

A pesquisa foi cadastrada no Ministério da Saúde sob nº FR-003512, sendo posteriormente encaminhada à Diretoria do Departamento de Psicologia, à Comissão de Pós-Graduação do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP e à Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (CAPPesq), sob nº 1.006/2003, nos quais 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, ficando uma cópia do termo em posse das pacientes e demais, assinadas por elas, anexada uma a seu prontuário e a outra guardada em poder da pesquisadora, juntamente aos respectivos questionários. Foi-lhes explicado os objetivos da pesquisa, o número de encontros, trimestrais, totalizando cinco entrevistas, 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: em um momento inicial, em que, no caso das pacientes com câncer de mama, não haviam sido operadas (estavam em processo diagnóstico), e após em três, seis, nove e 12 meses.

O instrumento era constituído de questões que avaliavam a resposta sexual (*Watts Sexual Function Questionnaire* – WSFQ), como aspectos biopsicossociais.

Instrumentos

O Watts Sexual Function Questionnaire (WSFQ)

É um instrumento auto-aplicável, composto por 17 questões que avaliam os quatro componentes da experiência sexual, incluindo as percepções sobre desejo, interesse, orgasmo e satisfação. Essas perguntas são divididas da seguinte forma: os 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 sexual⁶.

As respostas dadas são avaliadas 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 e 85 pontos. Algumas questões tiveram sua ordem de grandeza mantida, porém com termos alterados para mais bem adequar-se à 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.

Questionário de aspectos biopsicossociais

Foram elaboradas perguntas abertas objetivando a avaliação e a observação das reações da paciente diante do diagnóstico cirúrgico e das possíveis alterações que a mastectomia teria para sua auto-imagem, seu estado de humor, sua capacidade de planejar o futuro e a manutenção do relacionamento afetivo-sexual.

Essas 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^{1,7}. Portanto, especificamente as questões avaliavam a situação conjugal, os conhecimentos e as 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 na 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 esse instrumento foi acrescida uma questão que detecta, com precisão, a presença ou não de depressão, utili-

zando-se os critérios diagnósticos do DSM IV-TR⁸, sendo também inseridas questões para avaliação psicológica diante do diagnóstico e do tratamento da neoplasia mamária e da realização da mastectomia. Questões qualitativas, que anteriormente estavam abertas^{1,2}, foram, em sua maioria, fechadas de maneira que facilitasse a análise comparativa desses dados ao longo do tempo (um ano de seguimento).

Após a primeira aplicação desse instrumento na população brasileira^{1,2}, verificou-se a necessidade da adequação de certos itens envolvendo a identificação dos pacientes.

Dessa forma, iniciou-se o processo de tradução, reprodutibilidade, adaptação e validação do WSFQ para o Brasil, o qual está em andamento.

Análise estatística

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

Para a análise dos dados, foram utilizados os testes medidas repetidas e os testes de comparações entre grupos (*t* de Student), com *p* valor = 0,10.

O *software* estatístico utilizado foi o SPSS 15.0 for Windows.

Resultados

A amostragem utilizada nesta pesquisa foi de 37 pacientes para o grupo-controle, composto por mulheres com tumores benignos de mama e 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 se observarem as Tabelas 1, 2a e 2b, nota-se que o perfil sociodemográfico nos dois grupos é bastante similar. Assim, qualquer diferença estatística, observada nos escores, e demais resultados entre os grupos não resulta única e exclusivamente de interferência de perfis, em razão da homogeneidade da amostra.

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.

Para tal, parte-se das hipóteses de que, durante todo o seguimento do estudo, deve haver igualdade na média dos valores nesses períodos em desejo, excitação, orgasmo e resolução em cada grupo. Assim, se não houver a igualdade em qualquer uma dessas fases, confirma-se a diferença estatística, como observa-se nos testes de hipótese a seguir (*p* = 0,10):

Tabela 1. Perfil sociodemográfico das entrevistadas.

Variável	Mastectomia radical (%)	Grupo-controle (%)
Idade		
50 a 53	40	37
54 a 56	27	31
57 a 60	33	31
Estado civil		
Solteira	0	11
Casada	86	69
Separada	07	11
Viúva	07	09
Filhos		
Sim	87	86
Não	13	14
Escolaridade		
1º grau	46	75
2º grau	27	11
Superior	27	14
Profissão		
Do lar	47	51
Trabalha fora	53	49
Naturalidade		
São Paulo	27	29
Sudeste	13	14
Centro Oeste/Noroeste	0	0
Nordeste	33	43
Sul	07	11
Exterior	0	03
Religião		
Católica	73	66
Outras	27	34

Tabela 2a. Exames de seguimento.

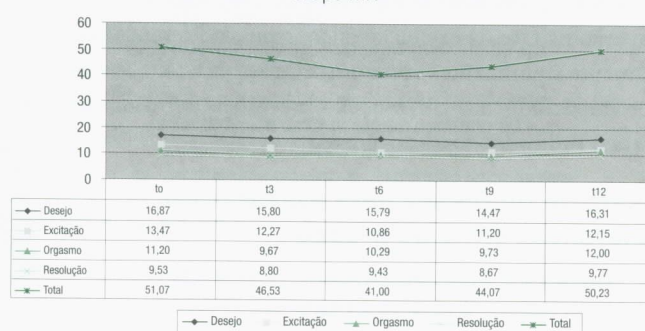
Exames de seguimento	Mastectomia radical (%)	Grupo-controle (%)
Não	0	0
Sim	100	100

Tabela 2b. Exames de seguimento realizados.

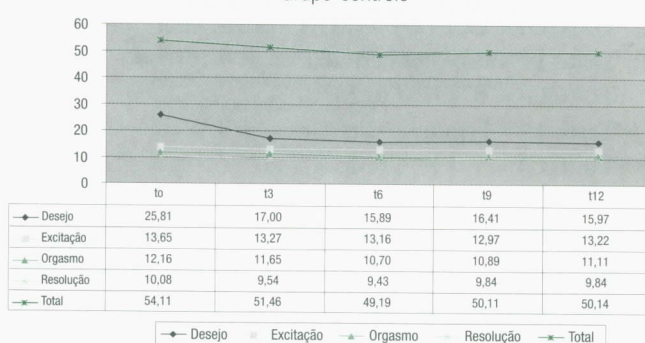
Exames	MR				MRR				GC			
Mamografia	3 m	6 m	9 m	12 m	3 m	6 m	9 m	12 m	3 m	6 m	9 m	12 m
Sem alterações	1	1	1	1	1	2	2	2	13	11	8	8
Alterações	2								5	5	4	6
Não saiu o resultado			1	1			1	1	5	4	1	2
Ultra-som												
Sem alterações	1		1		1	1	2	2	3	5	5	4
Alterações	1								2	2	1	3
Não saiu o resultado						1	1	1	4	3		2

MR: mastectomia radical; MRR: mastectomia radical com reconstrução; GC: grupo-controle.

Evolução WSFQ nos diferentes momentos do ciclo sexual feminino – Grupo MR



Evolução WSFQ nos diferentes momentos do ciclo sexual feminino – Grupo-controle

**Figura 1.** Escore médio em desejo, excitação, orgasmo e resolução para os grupos mastectomia radical e controle (T0 × T3 × T6 × T9 × T12).

Para o grupo de mastectomia radical (MR):

- 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 $p = 0,10$, pode-se 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-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 se comparar o início e o fim do período de observação do estudo. Tal fato impactou também no escore total desse grupo. Ao se avaliar o grupo de mastectomia radical, não se observou grande alteração.

Diagnóstico

Ao serem diagnosticadas portadoras de tumores benignos, 40,85% das pacientes sentiram-se aliviadas por não ter 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.

Em relação àquelas com diagnóstico de câncer de mama, observam-se diversas reações: em 60%, 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, porquanto 5% não tiveram reação diante da notícia.

Sexualidade

Considerando $p = 0,10$, pode-se afirmar que apenas para o momento de desejo a mudança de comportamento do grupo-controle foi diferente da 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.

Tabela 3. Cálculo do delta escore ($t12 - t0$) para comparação grupo-controle × MR.

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

No seguimento de questões qualitativas, pode-se perceber que a inatividade sexual deveu-se à falta de parceria em 25% no grupo de mastectomia radical e 29,73% no grupo-controle, e a ausência 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 percebem 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, dando-lhes também 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.

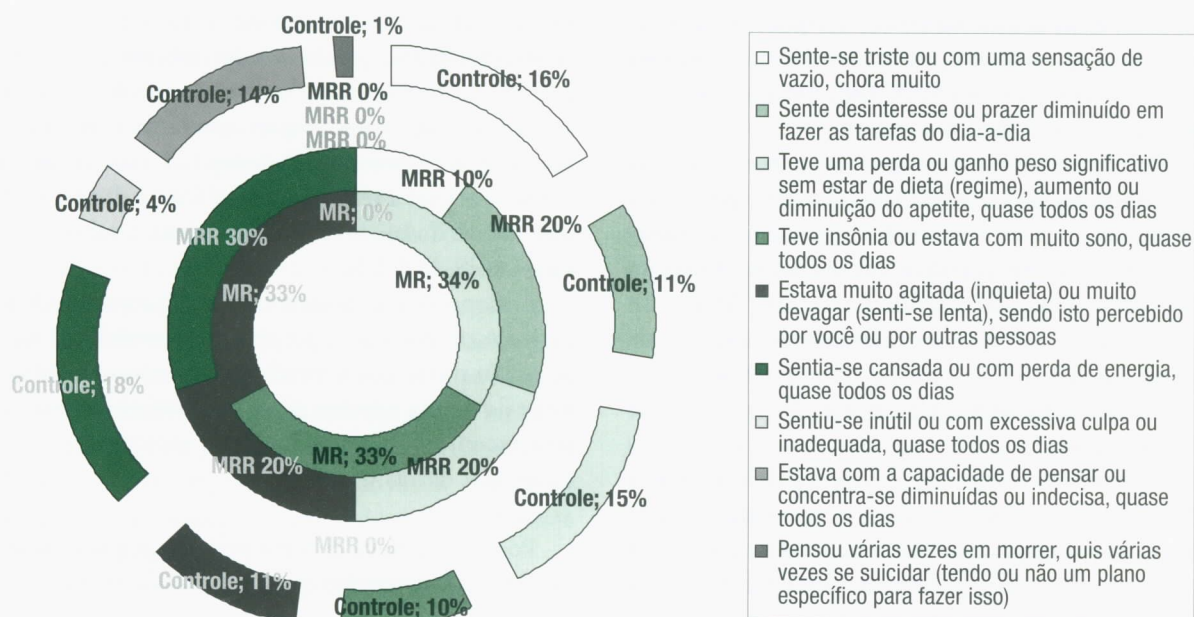
Morbidade psicológica

Durante o seguimento de um ano, as pacientes avaliadas quanto à depressão, pelos critérios diagnósticos contidos no Manual Estatístico de Doenças Mentais da Associação Psiquiátrica Americana, 4ª ed. 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.

Entre as pacientes que permaneceram no estudo, 16,22% das pertencentes ao grupo-controle preencheram os critérios para depressão maior (Gráfico 1).

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 vêm me procurar” (grupo mastectomia radical com reconstrução).



MR: mastectomia radical; MRR: mastectomia radical com reconstrução; Controle: grupo-controle.

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

Discussão

Séries de estudos sobre mastectomia radical vêm sendo conduzidas há anos. Grande parte destes estudos comportam aspectos sobre tratamentos adjuvantes e neoadjuvantes para o câncer de mama, como os quimio, os hormônio e os radioterápicos, atualizando assim o conhecimento sobre novas drogas para o tratamento do câncer, aumento a sobrevida⁹⁻¹¹.

Outros, porém, abordam aspectos técnicos da mastectomia radical, como a reconstrução mamária. Nesses estudos é muito comum encontrar comparações entre técnicas cirúrgicas, ou seja, entre as indicações e os benefícios da cirurgia conservadora (tumorectomia, quadrantectomia) diante da mastectomia radical com ou sem reconstrução, abordando questões sobre possíveis impactos destas técnicas sobre a morbidade psicológica das pacientes¹²⁻²⁰. Entre esses estudos, encontram-se aqueles que abordam a sexualidade²¹⁻²³.

Porém, 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 encontramos 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.

Diante disso, o presente trabalho teve caráter pioneiro ao promover o seguimento de pacientes que seriam submetidas à mastectomia radical, desde o momento do 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.

Esses grupos foram comparados visando a investigar e compreender a vivência da sexualidade destas mulheres.

No segmento de questões qualitativas foi possível perceber 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 a ausência de relacionamento conjugal e também os relacionamentos familiares, da rede de amigos e profissional. Estes itens também foram observados na metanálise conduzida por Moyer³⁵, na qual a autora comparou os efeitos psicológicos entre cirurgias conservadoras e radicais.

A estrutura apresentada por Moyer³⁵ também se aplica às 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 fica-

ram disformes e/ou assimétricas, em virtude 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 em 27 pacientes, excluídas da pesquisa, algumas encaminhadas para tratamento farmacológico e outras somente para psicoterápico. Este dado vem ao encontro dos achados de Chessee e Anderson³⁷.

Este grupo mostrou também a presença de disfunções sexuais ligadas à falta de desejo, talvez relacionada 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 contato com a realidade da perda da saúde, como choque, tristeza, sentir-se muito mal, estar mal e, ainda, insegurança, querer morrer, entre outros.

Essas 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, rádio e hormonioterapias.

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, visto 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 maneira diferenciada “me olho no espelho, não tenho preconceito contra mim” (JFS, MR T6).

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

No início da quimioterapia, o luto reaparece, vinculado à 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 pinçados, 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 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, por meio 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 que os olhares se atraíam à mulher que está em tratamento. Dessa 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.

Assim, 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, 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 ao encontro dos 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 de ser constantemente superados, como o não-comparecimento da paciente na data marcada por causa de “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, porquanto esta no grupo cirúrgico foi fator impactante para o tamanho menor do grupo no final da pesquisa.

Este estudo teve como um de seus objetivos realizar, também, o seguimento dos maridos das pacientes de ambos os grupos, o que se tornou inviável, já que raríssimos

eram os que acompanhavam as esposas às consultas. Dessa forma, os dados obtidos em relação a conjugalidade/enfrentamento da doença foram obtidos somente por uma via, não podendo ser comparados com as respostas masculinas relacionadas às esposas, sendo sugestão para trabalhos futuros.

Os dados assim obtidos mostraram que 75% das pacientes submetidas à mastectomia radical percebem e narram que tem o apoio de seus maridos, sendo este instrumental, no cuidado da casa e 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 parceiro⁴³.

Entre as pacientes com vida sexual ativa, esta parece não ter sido influenciada pela mastectomia radical, no que diz respeito à procura do parceiro pela relação (58,33%), o que vêem ao encontro dos resultados obtidos por Maluf em 2004¹. Algumas pacientes, porém, verbalizaram que não manteriam relações se a iniciativa para tal partisse delas, devendo-se isso à mastectomia.

Porém, apesar de esta 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 que não realizou reconstrução mamária, confirmando os achados anteriores de Maluf² e da literatura internacional^{12,13,44}.

Quanto a receptividade à relação, mesmo quando procurada, somente uma das pacientes não é receptiva, 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 de longo prazo.

Outros estudos poderão ser conduzidos nesta área, para que juntas, ajudem a compor uma amostra da realidade da mulher brasileira no que concerne à mastectomia radical e no impacto que esta causa não só sobre a sexualidade, mas sobre todo o funcionamento psicoemocional das pacientes.

Além das pesquisas, é de suma importância que os Centros de Referência providenciem a estas pacientes acesso a serviço psicológico desde o momento do diagnóstico, a fim de que possam receber não só orientações e informações sobre câncer de mama e seu tratamento, mas, também, para que possam ser ouvidas em suas angústias, medos e

incertezas, visando a diminuir a incidência de depressão e possível evolução desta para o suicídio.

Para autores como Nissen *et al.*⁴⁵, a mastectomia com reconstrução está associada a importantes transtornos do humor e baixo bem-estar, após 18 meses de pós-operatório. Isso faz pensar que estudos com seguimento mais longo das pacientes poderiam confirmar ou não os dados do trabalho dos autores, 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 compara pacientes mastectomizadas com outras submetidas a cirurgias conservadoras, chegando-se a conclusões de que quanto mais conservadora a cirurgia, menor o impacto psicológico causado pelas alterações na imagem corporal e no autoconceito. Porém, não há unanimidade quanto a isso, havendo outros estudos, como sinalizado pela metanálise de Fallowfield⁴⁶, que afirmam não haver diferença entre o impacto psicológico em pacientes submetidas à mastectomia radical ou cirurgia conservadora, mostrando a necessidade da realização de estudos de seguimento.

Dessa forma, ao se realizar este estudo de seguimento anual, obteve-se o perfil da sexualidade das mulheres submetidas à mastectomia radical, verificando a presença de disfunções sexuais, como na fase de excitação, os problemas relacionados a isso, 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 pode-se traçar o perfil sexual das mulheres com câncer de mama submetidas à mastectomia radical, a saber:

A maioria das pacientes ao receber o diagnóstico de malignidade, teve reações como tristeza, choque, desconfiança, sentiu-se mal, entre outras.

Todas passaram pelo processo de elaboração do luto que é reiniciado durante todas as etapas do tratamento, desde o momento do diagnóstico, no qual há a confirmação da perda da condição saudável para a nova condição de portadora de câncer de mama.

A presença de disfunções sexuais em pacientes com câncer de mama submetidas à mastectomia radical está ligada à fase de excitação, mostrando que, apesar de serem desejadas por seus parceiros, a sexualidade não é exercida de maneira adequada, em virtude, por exemplo, de alterações da auto-imagem, que em mulheres que realizaram reconstrução mamária é melhor do que naquelas que não a fizeram.

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.

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.

Referências

1. Maluf MFM, Scanavino MT, Barros ACS. A sexualidade da mulher submetida a mastectomia radical. *Rev Bras Mastol*. 2006; 1:27-54.
2. Maluf MFM. A sexualidade das pacientes submetidas à mastectomia radical [monografia de especialização]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2004.
3. Instituto Nacional do Câncer (Inca). Estimativa de incidência de mortalidade por câncer de mama no Brasil (2008). [acesso em 2008 Nov 30]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2008>.
4. Maluf MFM, Mori LJ, Barros ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 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 RJ. 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 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, Grundfest-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 SK, 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. Fisher RB, Anderson S, Bryant J, Margolese RG, Deutsch M, Fisher ER, 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. Frischenschlager 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. Hanson Frost M, Suman VJ, Rummans TA, Dose AM, Taylor M, Novotny P, et al. Physical, psychological and social well-being of women with breast cancer: the influence of disease phase. *Psycho-Oncology*. 2000;9(3):221-31.
19. Harcourt DM, Rumsey NJ, Ambler NR, Cawthorn SJ, Reid CD, Maddox PR, 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, Purushotham AD. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. *Br J Surg* 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, Zibechi 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, Polinsky ML, Tan SJ. 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, Haertl K, Strobl B, Hepp F, 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 MA. 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, Harris SD, Robinson DS, Ketcham AS, 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, Aydinler A, Ozkan S, Asley I, Bilge NA. Comparison of body image, self-esteem and social support in to 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 Suppl 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 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 MFM. O luto no câncer de mama. In: Piatto S, Piatto JRM. *Doenças da mama*. Rio de Janeiro: Revinter; 2005, p. 235-9.
43. Takahashi M, 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.