

**UNIVERSIDADE ABERTA**

INSTITUTO DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS

8º CURSO DE MESTRADO EM ESTUDOS SOBRE AS MULHERES

SATISFAÇÃO SEXUAL E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES

COM CANCRO DA MAMA



***ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE MULHERES***

***SUBMETIDAS A AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DA MAMA***

---

**REALIZADO POR NUNO ANDRÉ VELOSO BARROS**

**SOB A ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA DA PROFESSORA DOUTORA MARIA DAS DORES GUERREIRO**

---

LISBOA, 2008

# **UNIVERSIDADE ABERTA**

INSTITUTO DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS

8º CURSO DE MESTRADO EM ESTUDOS SOBRE AS MULHERES

SATISFAÇÃO SEXUAL E IMAGEM CORPORAL EM MULHERES

COM CANCRO DA MAMA



***ESTUDO EXPLORATÓRIO NUMA AMOSTRA DE MULHERES***

***SUBMETIDAS A AMPUTAÇÃO CIRÚRGICA DA MAMA***

Trabalho realizado no âmbito da Dissertação  
final para o Mestrado em Estudos sobre as  
Mulheres pela Universidade Aberta

---

**REALIZADO POR NUNO ANDRÉ VELOSO BARROS**

**SOB A ORIENTAÇÃO CIENTÍFICA DA PROFESSORA DOUTORA MARIA DAS DORES GUERREIRO**

---

LISBOA, 2008

À memória da minha querida mãe

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro. A sua perspicácia, questionamento constante, sugestões e, sobretudo, o apoio para suplantar os obstáculos que foram surgindo, revelaram-se cruciais para o desenvolvimento do trabalho.

À Professora Doutora Teresa Joaquim pelo apoio e colaboração em inúmeras situações de difícil resolução.

À Mestre Ana Rosa Tapadinhas, Doutora Paula Palhinhas e Doutor José Luís Ribeiro que de forma interessada cederam a Escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”.

Ao Professor Doutor Jorge Cardoso que gentilmente cedeu o Índice de satisfação sexual.

Ao Conselho de administração do Hospital Distrital de Santarém, EPE pela acessibilidade, abertura à discussão de alguns conteúdos do trabalho, interesse demonstrado no desenvolvimento do mesmo e, sobretudo, pela resposta breve e positiva à generalidade das solicitações feitas.

Às mulheres que participaram neste estudo por se terem disponibilizado para partilhar as suas experiências connosco.

À Enfermeira Flávia por nos fazer acreditar que seria possível fazer um bom trabalho junto das mulheres que se pretendia estudar. Pela sua disponibilidade, altíssimo espírito de colaboração, interesse revelado e simpatia; por proporcionar um espaço físico para se proceder ao primeiro contacto com a nossa amostra; pelo forte papel na persuasão de algumas mulheres mais renitentes em participarem no estudo; pela eficiente articulação dos tempos da colega que ia recolhendo os dados junto das mulheres inquiridas, disponibilidade das mulheres e dos respectivos médicos/as.

À Enfermeira Susana Santos por ter aceitado colaborar connosco e por ter acreditado neste trabalho, numa fase em que existiam ainda muitas dúvidas e alguns obstáculos a debelar; pela profunda dedicação; pelo impressionante, de certa forma surpreendente, desempenho junto das mulheres estudadas. Sem ela, a eficiência e eficácia da aplicação dos instrumentos de colheita de dados estariam altamente comprometidas. Foi incansável.

Ao Bruno Silva que abraçou este trabalho como se fosse seu. O seu contributo foi muito para além do que estava inicialmente previsto. As trocas de pontos de vista, entre os quais os científicos, como só ele sabe fazer, foram uma inspiração para esta pesquisa. Porém, é sobretudo, por dar e receber amizade que quero mostrar-lhe a minha gratidão.

À minha família em geral e amigos, pela tolerância, compreensão, carinho e apoio, nos momentos em que escrevia em vez de atender às suas necessidades. Um agradecimento particular aos meus pais, padrinhos, tia Graciete, prima Teresa, por inculcarem o amor ao estudo e à realização profissional, entre outros valores que regem o meu ser.

À minha chefe pelo amparo, designadamente, pela compreensão revelada em termos das necessidades de maior flexibilidade de horário.

Aos meus colegas de serviço que se preocuparam comigo manifestando todo o apoio. Agradecido pelas trocas de turno.

Finalmente, um agradecimento muito especial à Cuca, companheira do êxito e do fracasso, da alegria e da tristeza, da saúde e da doença, quero agradecer todo o tempo que me dedicou e que espero poder compensar. Pela força que sempre me deu para conseguir ultrapassar as minhas adversidades.

## Resumo

Realizou-se uma pesquisa numa amostra de 124 mulheres com neoplastia maligna da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma, seleccionadas segundo o método de amostragem não probabilística intencional.

Procurou-se conhecer a forma como passaram a perspectivar as suas vidas depois da cirurgia à mama. Pretendeu-se saber como surge influenciada a imagem corporal e qualidade da satisfação sexual pelos factores idade, técnica cirúrgica utilizada, complicações resultantes da cirurgia, terapias co-adjuvantes a que é submetida e o tempo decorrido após a cirurgia. Foi ainda intenção da pesquisa analisar o modo como se relacionam a imagem corporal e satisfação sexual destas mulheres.

Desenvolveu-se um estudo do tipo descritivo, analítico e correlacional, tendo por base a aplicação de um questionário a mulheres acompanhadas, exclusivamente, no Hospital Distrital de Santarém (HDS, EPE).

Constatou-se que, das mulheres inquiridas, a média das idades é de 54 anos, a maioria reside em Santarém (30%), é casada (73%), é detentora do 1º ciclo completo (42%) e tem dois filhos (55%). A generalidade passou a dar mais valor à vida hoje. Apresentaram, de uma forma geral, baixos níveis de depreciação da imagem corporal. A idade, o tempo decorrido após a intervenção cirúrgica à mama e os tratamentos co-adjuvantes não parecem ter qualquer influência sobre a imagem corporal. As mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada apresentam uma maior depreciação da imagem corporal do que as submetidas a técnicas cirúrgicas conservadoras. A relação com o corpo e aparência surge fortemente influenciada pela existência de complicações, decorrentes da cirurgia, de ordem exclusivamente física (obesidade e linfedema). A alteração da integridade corporal provocada pela amputação da mama parece surgir como factor altamente influenciador de uma sexualidade menos satisfatória. O parceiro/cônjuge tem um papel central no processo adaptativo em relação à doença e tratamentos. A generalidade das inquiridas apresentaram uma satisfação sexual qualitativamente pior que antes da cirurgia. A qualidade da satisfação sexual revelou-se independente dos factores idade, técnica cirúrgica utilizada, complicações resultantes da cirurgia, tempo decorrido após a cirurgia e tratamentos co-adjuvantes. A prática de beijos e carícias e a comunicação sexual assertiva têm um papel central para uma sexualidade mais satisfatória.

Paralelamente à referida pesquisa foram analisadas algumas questões em torno da população alvo. Para o efeito, foram consultados dados fornecidos pelo HDS, EPE e trabalhados estatisticamente. Concluiu-se que entre 1995 e 2005 o número de mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada aumentou significativamente, por outro lado, o número de cirurgias utilizando técnicas conservadoras decresceu, no entanto, o número de tumorectomizadas aumentou ligeiramente. O número de jovens intervencionadas diminuiu, em contrapartida, o número de mulheres com idades superiores a 50 anos aumentou substancialmente.

**Palavras-chave:** *cancro da mama, amputação cirúrgica, imagem corporal e satisfação sexual*

## **Abstract**

A study was made on a sample of 124 women suffering from breast cancer and subjected to the cirurgical amputation of the breast. The sample was selected according to an intentional nondeterministic sampling method.

We have tried to to understand the way their life' perspectives have changed after the intervention. Namely, we have tried to know how their body image and sexual satisfaction become influenced by the following factors: age, type of surgery, post-surgery complications, adjuvant therapies and elapsed time after surgery. Additionally, we have tried to analyze the relationship between body image and sexual satisfaction themselves.

A descriptive, analytical and correlational study has been performed based on a questionnaire applied to women under monitoring on the Hospital Distrital de Santarém (HDS, EPE).

Of the inquired women, the age average is 54 years, a majority lives in Santarém (30%), is married (73%), has completed the 4th grade (42%) and has two children (55%). In general, these women have come to value life increasingly today. They have generally presented low levels of body image depreciation. The age, elapsed time and the adjuvant therapies do not seem to have any influence over body image. Women subjected to modified radical mastectomy present a higher depreciation in body image than women subjected to the more conservative techniques. From the point of view of the esthetic self-perception, it seems to be strongly influenced by the existence of post-surgery complications of a physical nature (obesity and linfedema). On the other hand, from the point of view of the perception of physical integrity, the amputation seems to negatively influence, in a strong manner, sexual satisfaction. The partner has a central role in the adaptive process towards the disease and it' treatments. In general, the subjects currently present a qualitatively worse sexual satisfaction than before the surgery. The quality of sexual satisfaction appears to be independent from factors such as age, cirurgical technique, post-surgery complications, elapsed time and adjuvant therapies. The practice of kissing and fondling and assertive sexual communication have a central role in a more satisfactory sexuality.

In parallel to the described study, some questions concerning the target population were addressed. Towards this end, some data supplied by HDS, EPE was analyzed and processed statistically. We have come to the conclusion that, between 1995 and 2005, the number of women subjected to modified radical mastectomy has significantly increased. On the other hand, the number of conservative interventions has decreased, although the number of tumorectomized women has increased slightly. The number of young women subjected to the procedure has decreased, while the number of subjected women over 50 has markedly increase.

**Keywords:** *breast cancer, cirurgical amputation, body image, sexual satisfaction*

## **Siglas**

HDS, EPE – Hospital Distrital de Santarém, Entidade Pública Empresarial

ROR – Registo Oncológico Regional

<b>ÍNDICE</b>	<b>Pág.</b>
<b>I. INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	18
<b>1 – A construção social da beleza: Um primeiro passo para o sofrimento</b> .....	20
<b>2 – Considerações acerca do cancro da mama na mulher</b> .....	23
<b>3 – Cuidar de mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama</b> .....	25
<b>4 – Conviver com a mutilação</b> .....	29
4.1 – Impacto do cancro da mama e da cirurgia a nível biopsicossocial.....	29
<b>5 – Imagem corporal</b> .....	38
<b>6 – Satisfação sexual</b> .....	41
<b>7 – A influência do factor idade na imagem corporal e na adaptação sexual</b> .....	45
<b>8 – Estudos comparativos entre as diferentes técnicas de abordagem cirúrgica à mama</b> .....	47
<b>9 – O impacto das terapias co-adjuvantes na depreciação da imagem corporal e na morbilidade sexual</b> .....	51
9.1 – Quimioterapia.....	51
9.2 – Radioterapia.....	52
9.3 – Hormonoterapia com tamoxifeno.....	53
<b>10 – Considerações acerca do tempo decorrido após cirurgia</b> .....	54
<b>III. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	56
<b>1 – Tipo de investigação, questões de partida e objecto de estudo</b> .....	57
1.1 – As questões de pesquisa.....	57
<b>2 – Variáveis</b> .....	58
2.1 – Variáveis independentes.....	58
2.2 – Variáveis dependentes.....	59
<b>3 – Dimensões de análise e hipóteses de investigação</b> .....	61
3.1 – Hipóteses de investigação .....	61
3.2 – Dimensões de análise .....	62
<b>4 – Instrumentos de colheita de dados</b> .....	63
4.1 – Escala de vivência após amputação cirúrgica da mama.....	65
4.2 – Escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo.....	66
4.3 – Escala de satisfação sexual.....	68
<b>5 – Procedimentos de colheita de dados e preceitos éticos</b> .....	70
<b>6 – Técnicas e medidas estatísticas</b> .....	74
<b>7 – Considerações acerca da População, amostra e método de amostragem</b> .....	75

<b>IV. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA POPULAÇÃO ALVO</b>	<b>76</b>
1 – As mulheres intervencionadas à mama entre 1995 e 2005.....	77
2 – Sobre as técnicas e os tipos de abordagem cirúrgica utilizadas.....	78
3 – Sobre as idades das mulheres intervencionadas à mama.....	80
4 – As principais conclusões .....	81
<b>V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS</b>	<b>83</b>
1 – Preâmbulo: as mulheres submetidas ao pré-teste.....	84
2 – As mulheres da amostra a quem foi aplicado o questionário.....	86
2.1 – Caracterização geral destas mulheres.....	86
2.2.1 – Situação perante a doença.....	90
2.2 – Sobre a valorização da vida após a amputação cirúrgica à mama.....	91
2.3 – Contributo para uma melhor compreensão da relação com o corpo mórbido e pré-mórbido.....	97
2.3.1 – O factor idade e a imagem corporal .....	103
2.3.2 – A técnica cirúrgica utilizada e a imagem corporal .....	103
2.3.3 – As complicações resultantes da intervenção cirúrgica à mama e a imagem corporal.....	106
2.3.4 – O tempo decorrido após a cirurgia e a imagem corporal.....	110
2.3.5 – Os tratamentos co-adjuvantes e a imagem corporal.....	111
2.3.6 – A relação entre a imagem corporal e a satisfação sexual.....	112
2.4 – Relacionamento conjugal do casal anterior à cirurgia e a satisfação sexual actualmente.....	114
2.4.1 – Situação conjugal anterior à cirurgia.....	115
2.4.2 – Situação conjugal actual e face ao parceiro sexual .....	115
2.4.3 - O contributo do parceiro/cônjuge para uma vida sexual mais satisfatória.....	120
2.5 – Contributo para uma melhor compreensão da satisfação sexual após a amputação cirúrgica da mama.....	122
<b>VI. CONCLUSÕES</b> .....	<b>130</b>
<b>VII. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>138</b>
<b>VIII. ANEXOS</b> .....	<b>145</b>
Anexo I – Lista de quadros.....	146
Anexo II – Questionário.....	162
Anexos III – Consentimento para aplicação do Índice de Satisfação sexual e da Escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”.....	168
Anexo IV – Pedidos de autorização ao conselho de administração do HDS, EPE.....	171
Anexo V – Pré-teste.....	179

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

### CONSIDERAÇÕES ACERCA DA POPULAÇÃO ALVO

<b>Gráfico A</b> – Número de mulheres intervencionadas por ano civil.....	77
<b>Gráfico B</b> – Número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com a técnica cirúrgica utilizada.....	78
<b>Gráfico C</b> – Número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com o tipo de cirurgia.....	78
<b>Gráfico D</b> – Número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com os intervalos de idade....	80

### APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

<b>Gráfico n.º1</b> – Tendência das respostas aos <i>itens</i> da Escala de vivência após amputação cirúrgica da mama.....	91
<b>Gráfico nº 2</b> – Distribuição da variável vivência após cirurgia em função do factor “terapia com Tamoxifeno”.....	97
<b>Gráfico nº 3</b> – Tendência das respostas aos <i>itens</i> da dimensão de conceito do corpo.....	99
<b>Gráfico nº 4</b> – Tendência das respostas aos <i>itens</i> da dimensão de percepção do corpo doente.....	100
<b>Gráfico nº 5</b> – Distribuição da variável imagem corporal em função do factor “técnica cirúrgica utilizada”...	103
<b>Gráfico nº 6</b> – Distribuição da variável percepção do corpo doente em função do factor “técnica cirúrgica utilizada”.....	103
<b>Gráfico nº 7</b> – Distribuição da variável imagem corporal em função do factor “complicações após a cirurgia”.....	106
<b>Gráfico nº 8</b> – Distribuição da variável conceito do corpo em função do factor “complicações após a cirurgia”.....	106
<b>Gráfico nº 9</b> – Distribuição da variável percepção do corpo doente em função do factor “complicações após a cirurgia”.....	106
<b>Gráfico nº 10</b> – Distribuição da variável imagem corporal em função do factor “tempo decorrido desde a cirurgia”.....	110
<b>Gráfico nº 11</b> – Distribuição da variável percepção do corpo doente em função do factor “tempo decorrido desde a cirurgia”.....	110
<b>Gráfico n.º12</b> – Distribuição da variável imagem corporal em função da variável satisfação sexual.....	112
<b>Gráfico nº 13</b> – Distribuição da variável satisfação sexual em função do factor “relacionamento conjugal antes da cirurgia”.....	121
<b>Gráfico nº 14</b> – Tendência das respostas aos <i>itens</i> da escala de satisfação sexual.....	123
<b>Gráfico nº 15</b> – Distribuição da variável satisfação sexual em função do factor “estimulação das mamas como meio para se excitar.....	125
<b>Gráfico nº 16</b> – Distribuição da variável satisfação sexual em função do factor “vida sexual contribui para o relacionamento conjugal”.....	125
<b>Gráfico nº 17</b> – Distribuição do factor “número de posições durante o acto sexual” em função do factor “sensação dolorosa para a região intervencionada”.....	128

## ÍNDICE DE TABELAS

Pág.

<b>Tabela n.º1</b> – Caracterização social das inquiridas.....	86
<b>Tabela n.º 2</b> – Situação profissional.....	87
<b>Tabela n.º 3</b> – Situação face aos tratamento.....	87
<b>Tabela n.º 4</b> – Situação conjugal.....	115

---

## ***I. INTRODUÇÃO***

A disciplina de enfermagem não se manteve afastada do percurso de mudança a que se tem assistido, designadamente, nas vertentes das ciências e da tecnologia. A disciplina evoluiu forçosamente ao longo dos tempos, particularmente nas últimas décadas, e para esta transformação muito contribuiu a investigação. Segundo Fortin (2003, p.18), “a investigação consiste em alargar o campo de conhecimentos na disciplina a que diz respeito, a facilitar o desenvolvimento desta como ciência”, e assim, apesar do contributo da evolução social e dos meios disponíveis, um dos fenómenos que tem influenciado a mudança na área da saúde, tem sido a investigação em enfermagem.

Novamente Fortin (2003) refere que é através da investigação que os conhecimentos da profissão e o respectivo campo de acção são cientificamente demonstrados e que, desta forma, se aumenta e suporta os saberes, sobre os quais se apoiam a teoria, a prática e o ensino. Assim, o reconhecimento e a valorização da enfermagem, enquanto ciência e enquanto profissão, dependerão totalmente do contributo da qualidade da produção científica. Ou seja, é a base científica que guia a prática e assegura a credibilidade da profissão.

Segundo esta linha de ideias, é com base nesta lógica científica que se pretende enraizar a prestação de cuidados. Considera-se que o cuidar em enfermagem com uma orientação para actividades reflectidas e estruturadas do cuidado individualizado, deve ser definido, executado e avaliado segundo os princípios da metodologia científica.

Todavia, constatou-se que um grande número de trabalhos de investigação elaborados por enfermeiras/os têm incidido, sobretudo, nos seus próprios universos. É fundamental pensar cada vez mais nos utentes, nas famílias e na comunidade, para que se obtenha um conhecimento mais contrabalançado. Sem a existência destes certamente não haveria necessidade de enfermeiras/os. É justamente por esta razão que a primeira motivação para a elaboração deste estudo tomou como objectivo principal, a finalidade basilar e o sentido da prestação de cuidados de enfermagem – os utentes, as famílias, a comunidade.

São várias as razões que estão na base do interesse pelo estudo do impacto do cancro da mama e da, muitas vezes consequente, mutilação da mesma dada a necessidade de tratamento cirúrgico:

- O elevado número de mulheres envolvidas – uma em cada oito mulheres irá em determinado momento da vida contrair esta doença –, torna o cancro da mama a mais frequente lesão oncológica feminina.
- A doença e os tratamentos que lhe estão associados atingem um órgão intimamente relacionado – na cultura ocidental –, à sexualidade, à maternidade, à imagem corporal, à auto-estima, entre outras. Em suma, a mama tem um enorme protagonismo na feminilidade.
- O grupo etário envolvido é muito amplo. Assim, torna-se possível estudar o impacto da doença nas várias fases de vida.

- O forte impacto da doença na estabilidade familiar, particularmente, no que toca à conjugalidade e relação com o parceiro sexual.

O cancro é considerado, cada vez mais, um fenómeno não só biológico mas, também, psicológico e sócio-cultural, e por este facto pertence ao domínio da investigação biopsicossocial.

Segundo Conde (1990), o cancro é uma das doenças que mais angustia a humanidade, pois tem custos sociais e económicos muito elevados e desperta um conjunto de reacções emotivas a nível do doente, com repercussões imediatas na família e na sociedade. O diagnóstico, por si, tem um profundo impacto quer no doente, quer na família. Assim sendo, não é apenas a doença em si que é difícil, mas também o significado que lhe está associado.

De acordo com Phipps (1995), o cancro da mama na mulher implica quase sempre uma mastectomia. Isto é, a remoção de tecido mamário (dependendo do tamanho do tumor, do estado da doença, do tipo de corpo da doente e das preferências desta) devido à presença de um desenvolvimento cancerígeno ou pré-cancerígeno. Este facto representa um enorme sofrimento devido às alterações físicas, emocionais, relacionais, entre outras.

As mulheres submetidas a mastectomia sofrem nos seus corpos, nas suas almas, em todo o seu ser. Segundo Ferreira (2004), estas mulheres sofrem porque foram atingidas no seu esquema corporal, na sua feminilidade, cuja nova imagem leva muito tempo a integrar no seu eu profundo estas alterações, temendo por elas em relação ao seu parceiro sexual. Sofrem, pois temem a dor, as limitações e efeitos adversos da quimioterapia. Sofrem, pois a ideia e o medo da morte e da decadência orgânica estão sempre presentes nos seus espíritos. Sofrem pela proximidade que têm com os trajectos dolorosos da vida de outras/os, durante os contactos hospitalares. Sofrem ainda, porque vêem ruir projectos pessoais e profissionais, e por inúmeras questões relacionadas com a sua família.

A família é igualmente envolvida pela doença, pelos tratamentos e suas consequências. É sabido que uma alteração num elemento da família vai repercutir-se em todo o sistema familiar e social. Assim, é compreensível que as rotinas familiares bem como padrões de comunicação, entre outras questões, sejam alterados. De acordo com Mesquita et al. (2005), alguns membros da família poderão vivenciar alterações de humor, dificuldade em assumir novos papéis, dificuldade de organização e até dificuldades financeiras.

Constata-se que tal como as mulheres submetidas a mastectomia, também a família necessita de suporte emocional. Por um lado, e como já foi referido anteriormente, porque sofrem uma “agressão” no seu equilíbrio pessoal e do grupo, como pessoas que pertencem a um ambiente familiar que tem um membro significativo doente. Ou seja, é a família que fica doente e não só o membro afectado pela doença. Por outro lado, porque são fundamentais para ajudar na adaptação à nova forma de vida destas mulheres doentes,

contribuindo, por exemplo, para diminuir os sentimentos negativos que estas vão experimentando no seu dia-a-dia.

Ao longo de 6 anos de experiência profissional tem-se testemunhado inúmeros caminhos. Caminhos percorridos etapa a etapa ao lado de mulheres e homens sós com o seu sofrimento, com a sua dor, com a sua desilusão, pessimismo e desesperança.

Todavia, para além da realidade de quem vive a situação de doença, é evidente a dificuldade da grande maioria das famílias, cônjuges, e amigos em enfrentar a realidade de doença do ente querido. Verifica-se também, por outro lado, o distanciamento de profissionais de saúde, designadamente as/os enfermeiras/os, espaçando cada vez mais os seus contactos com as/os doentes e suas famílias. Concluindo, julga-se não ser apenas a/o doente com doença grave a ter dificuldade em se relacionar com a mesma. Para além dos familiares, eventualmente mais próximos, os parceiros/cônjuges, os amigos/as, também os profissionais de saúde aparentam utilizar um conjunto de mecanismos de defesa, pela dificuldade em conviver com estas situações tão dolorosas; designadamente, a complexa vivência das mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e que terão de passar ainda por uma situação de cirurgia à mesma.

Em termos estruturais este trabalho foi dividido em quatro partes fundamentais, com os seguintes propósitos:

- No *enquadramento teórico* são desenvolvidas algumas considerações sobre a construção social da beleza, o cancro da mama na mulher, o cuidar de mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama, o conviver com a mutilação, a imagem corporal, a satisfação sexual, a influência do factor idade na imagem corporal e na adaptação sexual, os estudos comparativos entre as diferentes técnicas de abordagem cirúrgica à mama, o impacto das terapias adjuvantes na depreciação da imagem corporal e na morbilidade sexual e a influência do tempo decorrido após a cirurgia.
- A *parte metodológica* contém esclarecimentos acerca do tipo de investigação adoptado, as questões de investigação e objecto do estudo, das variáveis independentes e variáveis dependentes, das hipóteses de investigação e das principais dimensões de análise, do processo de construção do questionário, do percurso preliminar à aplicação dos instrumentos de colheita de dados, das técnicas e medidas estatísticas que ajudaram no tratamento e processamento dos dados obtidos através da aplicação do questionário e de algumas considerações acerca da população, amostra e método de amostragem.
- Nas considerações sobre a *população alvo* são traçadas algumas ideias acerca das mulheres acompanhadas nestes últimos 10 anos no Hospital Distrital de Santarém, Entidade Pública Empresarial – HDS, EPE.
- Na quarta e última parte do trabalho, a que se chamou *apresentação e análise dos resultados*, existem duas análises distintas. Uma primeira que se preocupa exclusivamente com os testemunhos de 15 mulheres que foram sujeitas ao pré-teste. Em seguida, são apresentados os resultados obtidos a partir da aplicação do questionário a uma amostra de 124 mulheres.



---

## ***II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA***

A revisão de literatura tem um papel preponderante para o conhecimento da dimensão e universalidade do problema que inquieta e estimula a investigar, servindo de base à reflexão e contributo do próprio investigador. Permite aprofundar o saber, bem como estruturar o problema de investigação face ao estado dos conhecimentos da área que se pretende estudar, as lacunas, sobreposições ou incoerências encontradas (Rodrigues, 1998 e Fortin, 2003).

Assim, durante a análise da literatura consultada constatou-se um conjunto de lacunas que importa relevar:

- Ausência de estudos longitudinais;
- Poucas preocupações com a caracterização sócio-demográfica das amostras em estudo. Encontrou-se com muita frequência estudos cujas informações acerca da situação conjugal e profissional actual e após a cirurgia não eram apresentadas;
- Em muitos casos não é dado a conhecer a fase do pós-operatório em que se encontram as sujeitas do estudo, assim como, as terapias adjuvantes a que estas estão a ser submetidas;
- A ausência de controlo nas variáveis tipo de cirurgia e/ou complicações decorrentes da cirurgia;
- A generalidade dos estudos apresenta como critério de inclusão, mulheres sexualmente activas, ou melhor, com parceiro sexual actual. Porém, parece não existir uma grande preocupação em averiguar se o parceiro sexual actual é o mesmo que antes da cirurgia e/ou se é uma vida sexual com parceiro ocasional;
- Na quase totalidade dos estudos consultados desconhece-se qual a valorização que as mulheres dão ao relacionamento sexual, assim como, à estimulação das mamas como meio para obterem excitação durante o envolvimento sexual.
- Muitas vezes não se consegue estabelecer uma comparação entre o antes e o após cirurgia. Pensa-se que para se obterem conclusões mais consistentes é fundamental compreender-se a vivência do fenómeno do cancro da mama, e consequente amputação cirúrgica da mesma, no actual momento e no período anterior à doença.

O corpo de conhecimentos então adquirido possibilitou reestruturar o quadro teórico de referência, aprofundar a temática em estudo, tomar consciência dos estudos empíricos realizados e facilitar a discussão dos resultados obtidos.

Todavia, encontrou-se um conjunto vasto e disperso de literatura acerca do impacto do cancro da mama, dos tratamentos cirúrgicos que se lhes sucedem, e subsequentes terapias adjuvantes.

## **1 – A construção social da beleza: um primeiro passo para o sofrimento**

Uma relação a considerar é certamente a que se estabelece entre a sociedade de consumo e o corpo. O mundo ocidental actualmente, rodeado e centralizado no consumo, acaba por gerar um conjunto de necessidades de ordem corporal e de satisfação do ponto de vista da estética.

Uma outra realidade dos dias de hoje, que parece articular-se fortemente com as questões do corpo, é a hiper-valorização dos conhecimentos técnicos. Segundo Oliveira (2000) esta idealização parece condicionar nos indivíduos uma menor tolerância à adversidade, a ponto de não admitirem o eclodir da velhice e da própria morte. Por outras palavras, paralelamente à ideia de que os conhecimentos técnicos são a resolução para todos os problemas, surge outra, de que na sociedade contemporânea o corpo aparece como principal manifestação de saúde.

Actualmente o padrão de beleza, sobretudo na cultura ocidental, está bem estabelecido e é meticulosamente adoptado pela generalidade das mulheres e homens. No caso das mulheres, os corpos parecem ter de respeitar normas consideradas fundamentais, que acabam por funcionar como símbolos de beleza (como a magreza e flexibilidade), de forma a atingirem e conservarem a imagem de “eterna juventude”.

Oliveira (2000) reforça esta noção quando se reporta ao estudo de Winkler (1991) afirmando que a mulher procura um estado contínuo e permanente de eterna juventude. Procura a perfeição que é inatingível e que se torna responsável por um certo sentimento de incompletude. Este autor menciona, porém, que os padrões de beleza socialmente “instituídos” são responsáveis pela contínua sensação de imagem imperfeita. No entanto, salvaguarda-se que este sentimento reflecte a ideia de imagem imperfeita e não de corpo imperfeito.

Penetrando agora com maior minúcia nas questões que envolvem a mama da mulher, mais propriamente a simbologia da mesma, torna-se oportuno sublinhar que esta é provavelmente a parte do corpo feminino com maior carga simbólica. Foram inúmeras as autoras e autores que escreveram acerca da natureza simbólica dos seios. Constata-se porém, que existem algumas ideias comuns nestas várias abordagens. As principais referências são relativas à importância que os seios desempenham nos sentimentos de feminilidade e atractividade das mulheres. À mama como símbolo de adoração, fonte de vida, objecto de prazer, objecto de culto, cartaz artístico, de fertilidade, fonte de protecção e de tranquilidade, por vezes encarada como a antítese da morte. E à ambiguidade e paradoxalidade associada à mama, pois por um lado, está relacionada com a atractividade

sexual feminina, e por outro, como órgão responsável pelas funções de alimentação e conforto.

Todavia, esta visão em relação aos seios não é passível de ser generalizada a um contexto universal. Os significados que os seios representam têm divergências, mais ou menos acentuadas, de país para país, assim como ao longo das épocas. Efectivamente, os significados atribuídos aos seios estão interligados com os valores sociais e culturais. Yalon (1997) sublinha que, independentemente da óptica sócio-cultural, a importância atribuída aos seios, ao longo dos tempos, tem sido predominantemente masculina.

A autora afirma que, historicamente, os seios se foram revestindo de vários significados. Na pré-história, por exemplo, são-lhe atribuídos poderes mágicos, sendo representados em inúmeras estatuetas. Na tradição judaica-cristã, a valorização dos seios está associada essencialmente à sua produção de leite, garante da sobrevivência dos seguidores de Cristo. A partir do século XIV os seios passam a ser também “prisioneiros” de outras significações, através da poesia, da pintura, entre outras formas de arte, os seios começam progressivamente a ter uma conotação erótica.

Todavia, Oliveira (2000) refere no seu estudo que desde o início da era judaica-cristã, tanto os homens da igreja, como os laicos, como os próprios “bébés”, consideram os seios sua propriedade, dos quais podem dispor, com ou sem o consentimento da mulher. Esta ideia indicia que ao longo dos tempos parece existir uma espécie de apropriação dos seios femininos.

Oliveira (2000) refere também que, disciplinas como a psicologia e a psicanálise atribuem um papel relevante aos seios. De acordo com estas, os seios da mulher são o garante do equilíbrio emocional da criança. Já a medicina tenta veicular a ideia de que a mulher é um agente importante na reprodução e na alimentação.

De acordo com Yalon (1997), os seios são considerados, sobretudo pelos homens, como sinal erótico vital numa manifestação amorosa. Representam também a beleza feminina. É inegável, portanto, que as qualidades estéticas e eróticas do seio assumem uma importância relevante na sociedade actual. Articulada com esta ideia está o conceito de seios *standardizados* descrito por Oliveira (2000). A autora refere que esta noção indicia que os seios são valorizados, do ponto de vista estético e sexual, se tiverem determinado tamanho e/ou formato.

A autora (2000) menciona ainda que, as mamas são utilizados para “vender sonhos”. Um perfume, uma bebida, um carro, entre outros produtos. Na proximidade dos dias de hoje verifica-se algo novo a que se pode chamar a *comercialização dos seios*. Esta visão acerca dos seios como sendo fonte de lucros parece ser extremamente forte.

É justamente em torno destas duas questões – *standardização* e *comercialização dos seios* – que surge o poderoso, eventualmente perverso, papel dos órgãos de comunicação

social, designadamente os media. Entenda-se a separação entre órgão de comunicação social e media, por se considerar os media como o órgão mais intimamente relacionada com a publicidade. É através deste (media) que são veiculadas determinadas ideias que são consequentemente difundidas em massa e que, em última instância, acabam por contribuir fortemente para a construção de um estereótipo. Sintetizando, os media têm contribuído, quase sempre de forma subliminar, para veicular um padrão de beleza, e sobretudo, para consolidar a ideia de que o corpo feminino necessita sempre de uma certa camuflagem ou alteração.

Parece fundamental que, para se compreender os comportamentos e atitudes das mulheres, designadamente no que diz respeito ao seu corpo e particularmente aos seus seios, é fundamental não se perder a noção de que à partida todas fazem o esforço para corresponderem aos estereótipos de ideal de beleza socialmente instituídos. Ou seja, a percepção e as preocupações que estas têm em relação aos seus corpos, aparência física, designadamente a aparência das mamas, reflectem o condicionalismo ideológico dominante.

## **2 – Considerações acerca do cancro da mama na mulher**

De acordo com Phipps et al. (1995), por definição, em qualquer tratado de anatomia, mama, é o órgão duplo, situado na parte anterior do tórax, de estrutura glandular, que segrega e excreta leite para alimentação do filho.

Por outro lado, Tait (1989), transpondo os limites da visão anatomofisiológica refere que, o seio da mulher é geralmente considerado como símbolo do eu feminino, da atractividade e sexualidade da mulher, e da maternidade.

Segundo Smeltzer e Bare (1998), o cancro é um processo patológico que se inicia quando as células normais do organismo dão origem a células anormais devido a uma transformação genética. Não é uma doença com causa única, mas que pode envolver diversas etiologias, manifestações, tratamentos e prognósticos, atingindo homens e mulheres de todas as idades, raças, religiões e situações económicas.

A palavra cancro é por vezes considerada como sinónimo de morte e de uma morte particularmente lenta e dolorosa.

Para Marques (2003), só em Portugal, em 1999, 20934 pessoas morreram de cancro. Na mulher, o cancro da mama foi responsável, no referido ano, por 1498 mortes.

De acordo com Mora (1999), Portugal apresenta uma incidência e uma mortalidade de mulheres com cancro da mama idênticas a Espanha e Grécia, mas inferior à Dinamarca, Países Baixos, e Reino Unido. Já os Estados Unidos da América apresentam uma incidência superior a todos os países anteriormente referidos.

Novamente Marques (2003), afirma que o cancro da mama é hoje em dia um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo. É dos tumores malignos mais frequentes no sexo feminino e são vários os estudos que demonstram ser a principal causa de morte nas mulheres no grupo etário dos 45 aos 55 anos.

No sexo masculino e de acordo com Tait (1989), o cancro da mama aparece em 1% dos casos (sendo a mastectomia o tratamento de primeira linha nesta situação).

Segundo Mora (1999), a etiologia de cancro da mama é desconhecida. Porém, existem vários estudos epidemiológicos e clínicos que relacionam o seu desenvolvimento a determinados factores. Consideram-se factores de alto risco a idade (a partir dos quarenta anos de idade), a menarca precoce, a menopausa tardia, os antecedentes familiares de cancro da mama e os antecedentes pessoais de patologia mamária. Nos factores de baixo risco encontra-se a gestação e paridade, a lactação, a obesidade, a exposição a radiações, os antecedentes familiares de cancro não mamário. Os factores de risco mínimo são o

álcool, as dietas ricas em gorduras, os contraceptivos orais e terapêuticas hormonais de substituição quando utilizadas por longos períodos.

Phipps et al. (1995) e Marques (2003) estão de acordo quando referem que o plano terapêutico aplicado a mulheres com cancro da mama depende de vários factores. Porém, a cirurgia é um dos tratamentos de primeira linha. Foi desde sempre a forma de tratamento mais utilizada. Contudo, nas duas últimas décadas verificou-se um declínio na sua utilização. Actualmente o objectivo primário da cirurgia é proporcionar um controlo loco-regional da doença.

### **3 – Cuidar de mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama**

Como foi referido anteriormente, o cancro da mama é a neoplasia maligna que mais atinge as mulheres e o seu tratamento é frequentemente baseado em procedimentos cirúrgicos. Este facto provoca nestas mulheres, uma série de alterações a várias dimensões, originando uma complexidade de sentimentos sobre algo que lhes vem alterar drasticamente a sua organização de vida.

Segundo Crane (2000), o tratamento cirúrgico baseia-se no tamanho do tumor, tipo histológico, invasões dos gânglios linfáticos, metastizações e preferências do doente. Dependendo desses factores, podem ser efectuados diferentes tipos de abordagens cirúrgicas.

Nos finais do século XIX, William Halstead, cirurgião no Hospital de John Hopkins, introduziu uma técnica cirúrgica, para o tratamento do cancro da mama, que ficou conhecida por mastectomia radical de Halstead. Este procedimento envolvia a excisão completa da mama, remoção dos pequenos e grandes músculos peitorais e esvaziamento axilar. A mastectomia de Halstead foi o tratamento de preferência até à década de 1960. De acordo com The Breast Cancer Digest (1984), citado por Batista (1999), a referida cirurgia constituiu em 1971 cerca de 48% das mastectomias realizadas, 21% em 1977 e 31% em 1981. Esta técnica cirúrgica foi progressivamente substituída pela mastectomia radical modificada, que é hoje em dia a técnica cirúrgica mais utilizada para o tratamento da neoplasia maligna da mama.

De acordo com Gomes (1989), a referida técnica cirúrgica tem uma vantagem substancial, quando comparada com a mastectomia radical (de Halstead), ao nível da aparência física, pois, previne o aparecimento da deformação conhecida por “peito em caverna”. Por outro lado, não deixa um “vazio” sob a clavícula, diminui a probabilidade do aparecimento de edema linfático (linfedema), o braço não fica tão enfraquecido nem encurta, facilitando ainda uma eventual reconstrução mamária.

Batista (1999) sublinha o facto de que em termos terapêuticos nenhuma das referidas cirurgias oferece vantagem em relação à outra.

Em Portugal, e de acordo com Marques (2003), a grande maioria das mulheres com cancro da mama operável é submetida a mastectomia radical modificada, que nos últimos vinte anos tem substituído a mastectomia radical.

Com o avanço das técnicas de tratamento oncológico, na década de 1970, foram introduzidas técnicas cirúrgicas denominadas “conservadoras” utilizadas, sobretudo, em tumores na sua fase inicial (Batista, 1999).

De acordo com Gomes (1989) e a autora supracitada (1999), as principais técnicas conservadoras são:

- A tumorectomia – é a menos desfigurante de todas as cirurgias, pois, tanto a pele como a fáscia ficam intactas, sendo removido apenas o tumor e uma pequena margem de tecido circundante;
- A quadrantectomia – implica a remoção do quadrante mamário onde se situa o tumor. Inclui a remoção do peitoral menor e pele adjacente, assim como, excise dos nódulos linfáticos;
- Mastectomia parcial ou segmentar – caracteriza-se pela excisão do tumor e de uma fatia de 2 a 3cm de tecido circundante. Implica a excise dos nódulos linfáticos. Esta cirurgia é, de acordo com a autora, a mais mutilante das técnicas conservadoras.

Crane (2000) refere que, as mulheres sujeitas aos referidos procedimentos cirúrgicos, particularmente a tumorectomia e a quadrantectomia, são geralmente seguidas por radioterapia externa local, para controlo de células neoplásicas ainda existentes e taxas de sobrevida livres de recorrência da doença.

De acordo com inúmeros autores e autoras, a principal finalidade da profissão de enfermagem é o saber cuidar a pessoa de forma holística e respeitando a subjectividade de cada indivíduo. De uma forma extremamente resumida, pensa-se ser estas as principais preocupações e desafios que se colocam. Collière (1989) aprofunda esta noção quando afirma que os cuidados de enfermagem representam um assunto vasto e de uma grande complexidade. “São de carácter universal e multidimensional, singularizando-se em cada cultura, em cada sistema sócio-económico, em cada situação” (p.21).

O cuidar é certamente o desafio que até hoje faz mover a enfermagem. Cuidar é “um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1989, p. 235). Complementando esta opinião Hesbeen (2000), refere que o cuidado deveria dizer respeito a todos os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos, auxiliares, assistentes sociais, entre outros). Mostrar à pessoa doente, que ela existe para os outros. Reconhecer a sua dignidade, qualquer que seja o grau de alteração das suas capacidades físicas ou psíquicas, isto é, olhar para o lado humano da pessoa doente e não olhar única e exclusivamente para a doença.

As/os enfermeiras/os terão sempre possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas; “pequenas coisas” que fazem da enfermagem uma profissão muito especial, com características muito próprias (Idem, 2000).

Considerar a pessoa como um ser complexo, em que o todo é maior que a soma das partes é uma das preocupações de Watson (1979). Esta considera que a melhor abordagem que a enfermagem pode fazer, dentro do contexto da ciência do cuidar, é examinar as

necessidades humanas e desenvolver uma abordagem dinâmica e holística que sintetize os quatro componentes – biofísico, psicológico, psicossocial e intrapessoal.

Ahya (2000), reforçando ainda mais o que já tem sido referido, é da opinião que os valores de humanismo e altruísmo são a base do trabalho de enfermagem. A autora (2000) sublinha que cuidar é acolher o outro, ir ao seu encontro, estabelecendo uma relação aberta, tolerante e autêntica. É respeitar a identidade de cada um para que se possa construir uma relação de confiança mútua. É proporcionar um ambiente seguro aos doentes. É aceitar sem julgamentos a sua expressividade emotiva e sentimental, mantendo-lhe a esperança. É ajudar a pessoa a encontrar as suas próprias opções de vida.

Contudo, importa sublinhar que a disciplina de enfermagem, dados os seus modelos teóricos centrados sobretudo no cuidar, enquadra-se claramente no âmbito das ciências sociais. Lalanda (1995), entre outras/os autores, desenvolve uma noção central que afasta a prática de enfermagem do modelo biomédico e do conceito de tratar. A autora refere que “o tratador centra-se na doença e preocupa-se em eliminar, tratar”; por outro lado o “cuidador centra-se na pessoa em desequilíbrio e tem por objectivo o restabelecimento do equilíbrio ou reequilíbrio sob novos modelos de ser e de estar” (p.28). A referida autora releva ainda que na verdade, as doenças não existem; o que existe são pessoas que ficam doentes. Em suma, existe um esforço, por parte dos modelos teóricos de enfermagem, em conciliar as diferentes componentes da pessoa, embora com ênfase especial para as dimensões social, psicológica e humana

No sentido de compreender a subjectividade de reacções das/os doentes com cancro, e designadamente as mulheres mastectomizadas, Almeida (1991) alerta para a necessidade de a/o enfermeira/o ter de desenvolver as suas capacidades de observação e comunicação com o doente, assim como, saber ouvir com a disponibilidade e atenção necessárias. Terá de ter a capacidade de ser humana/o face a outro ser humano. É fulcral o estabelecimento de uma relação de confiança mútua, reconhecendo e valorizando as potencialidades e vontades da pessoa e da família.

O planeamento de cuidados a mulheres com diagnóstico de neoplasia da mama e suas famílias deverá ser feito no sentido do desenvolvimento de novas aptidões, estimulando a identidade individual e recorrendo aos sistemas de apoio à doente e família.

Outra faceta da intervenção de enfermagem a estas doentes poderá ser o pedido de apoio de mulheres voluntárias que tenham vivido idêntica situação de doença. Estas mulheres são importantes, pois ajudam a desmistificar um conjunto de mitos, reduzindo dúvidas, incertezas e a ansiedade.

Phipps et al. (1995) descrevem um conjunto de intervenções de enfermagem face a doentes com cancro. Assim, seleccionaram-se algumas das intervenções/estratégias que melhor se adequam à temática aqui em estudo. Parece importante salientar a manutenção

de relações, o desejo de viver, relacionando-o com alguém por quem viver; irradiar esperança; levar as doentes a encarar o problema como uma oportunidade para o crescimento e adaptação; desenvolver no doente mecanismos para superar a doença, desenvolvendo as suas actividades cognitivas, as actividades motoras, entre outras; ensinar o controlo da realidade, analisando os acontecimentos passados e raciocinando sobre eles logicamente (comparar-se com outros com o mesmo problema, planear o recomeço realista do auto-cuidado); ajudar o doente a renovar o seu *eu* espiritual, Criando um ambiente em que as convicções espirituais possam ser expressas e praticáveis.

Reforça-se, contudo, que um dos pressupostos centrais será justamente o afastamento relativo ao modelo que se centra sobretudo na doença, remetendo conseqüentemente a pessoa para um plano secundário. Pelo contrário a prestação de cuidados de enfermagem que se defende e pretende veicular, jamais terá uma aplicabilidade estanque a todos os seres humanos, segundo procedimentos estereotipados, sem o respeito devido pela subjectividade de cada um. A grande finalidade é ajudar a pessoa que necessita de ajuda a ser capaz de dar uma resposta eficaz aos seus problemas, considerando as suas particularidades como ser humano.

## **4 – Conviver com a mutilação**

A amputação cirúrgica da mama, como de certa forma já foi referido anteriormente, é um procedimento amplamente utilizado no tratamento do cancro da mesma. Porém, este acarreta uma mutilação e compromete a integridade física destas mulheres. Todavia, a generalidade da literatura científica sobre a matéria menciona que, a amputação cirúrgica da mama causa repercussões psicossociais importantes, visto que a doente submetida a tal modalidade terapêutica vê-se obrigada a enfrentar a perda da sua vida quotidiana “normal” que possuía antes da doença. Consequentemente, passa a conviver com as alterações corporais resultantes do tratamento e a repensar projectos e sonhos futuros. Contudo, pensa-se que a assistência psicológica, a estas mulheres e suas famílias, terá de ser uma dimensão bastante valorizada pelas equipas multidisciplinares de saúde e, particularmente, pelas de enfermagem.

Segundo Guedes (2004), conviver é um vocábulo sinónimo de viver, mas está sobretudo relacionado com coabitar, viver em comum, morar juntamente, relacionar-se com os outros, ter intimidade, ter familiaridade, entre outros.

No entanto, a razão pela qual se escolheu para título deste capítulo “conviver com a mutilação” explica-se justamente pelo facto de a amputação de uma mama a uma mulher forçá-la a estabelecer uma nova relação com a sua vida. Não só com os outros, ou com espaço que a rodeia, mas com o próprio corpo. Pretende-se que a palavra “conviver”, utilizada no título deste capítulo, seja entendida numa dimensão relativamente mais abrangente que a descrita na maioria dos dicionários. Em suma, pensou-se a expressão “conviver” como, por um lado, uma dimensão pessoal/individual e de relação de intimidade da pessoa consigo mesma, e por outro, como uma dimensão social e relacional, tanto com os outros como com o mundo.

Neste capítulo trabalhar-se-á sobretudo, as questões que se relacionam com as experiências vividas por mulheres, com o diagnóstico de cancro da mama e que foram submetidas a amputação cirúrgica da mama, privilegiando a dimensão biopsicossocial.

### **4.1 – Impacto do cancro da mama e da cirurgia a nível biopsicossocial**

Relativamente às experiências sensoriais de mulheres submetidas a mastectomia, Gomes (1989), refere ser fundamental que estas conheçam previamente (se possível antes da cirurgia) os diversos tipos de sensação dolorosa que muito provavelmente deverão sentir

após a amputação da sua mama. Assim sendo, é fundamental que as equipas de saúde, particularmente as/os enfermeiras/os, estejam em contacto com as mulheres que irão ser submetidas a esta cirurgia, com o objectivo de lhes proporcionar os ensinamentos acerca dos fenómenos dolorosos.

Segundo a mesma autora (1989) as mais comuns são a dor incisional (dor aguda e de repuxamento que se localiza desde o esterno até à axila), as sensações localizadas (são sentidas como peso, rigidez, dormência, picadas, e até sensação de queimadura), as sensações fantasma (a doente sente ainda, após a amputação da mama, a presença de mama e de mamilo, o que vai desaparecendo ao longo do tempo).

Autoras como Tait (1989) e Gomes (1989) referem que é importante que a doente saiba que estas sensações de desconforto, designadamente as sensações de dormência e dor ligeira no local da incisão, levam em média cerca de um ano a desaparecer completamente.

Jones e Johnson (1987) citados por Phipps (1995) elaboraram um estudo descritivo no sentido de identificar as características, duração e variabilidade situacional destas sensações a 183 mulheres voluntárias, com idades compreendidas entre os 55 e os 65 anos. A dor na região da parede do tórax (provavelmente referindo-se à dor incisional) foi a sensação sentida mais mencionada por estas mulheres, seguida de “picadas de alfinetes e agulhas, perda de sensibilidade, fraqueza, aumento da sensibilidade da pele e peso” (Idem, p.274). Curiosamente a sensação de peito fantasma também é referida neste estudo, mas como um tipo de desconforto que a grande maioria sentia e não o verbalizava, nomeadamente ao marido e amigas.

De acordo com Tait (1989), para além das sensações dolorosas, pode existir também alguma imobilidade do ombro e braço afectados (do lado da cirurgia), e linfedema do braço e mão.

Segundo Pitta e Castro (2003), para além do aspecto físico do linfedema na mulher que foi submetida a mastectomia – edema de todo o braço e mão por acumulação de líquidos –, este trás também sensações desagradáveis, tais como a sensação de peso no braço, sensação de formigueiro, sensação de queimadura, falta de sensibilidade, dor do braço ao movimento, rubor nas extremidades do membro e poderão surgir desidratação e fissuras da pele.

Importa desde já deixar clara a consciência de que numa situação de doença grave intervêm uma multiplicidade de factores. Na verdade, e de acordo com a literatura consultada, a forma da doente vivenciar a doença poderá depender de um conjunto de aspectos. Em seguida, será apresentada uma selecção sumária, baseada nos estudos de vários/as autores/as, de alguns dos referidos aspectos que marcam a vivência da realidade

de doença grave. Sublinha-se porém, que os factores/aspectos abaixo mencionados estão, sobretudo, relacionados com as implicações psicossociais da doença grave.

- A fase da vida em que é feito o diagnóstico

De acordo com Ferreira (2004) citando Garcia et al. (1996), para a criança, o facto de ter cancro pode despertar-lhe ansiedade pela separação dos pais, medo dos tratamentos dolorosos, sentimentos de indiferença por parte dos pais e colegas, dificuldade em distinguir a realidade da fantasia e dificuldade em controlar impulsos agressivos. Já um adolescente tem inerente uma necessidade de afirmação. Os efeitos colaterais provocados pela doença e/ou tratamento podem interferir no processo de identificação com o grupo a que pertence.

Para uma pessoa adulta, o cancro pode representar uma ameaça à sua família, carreira, sexualidade, entre outros. Para um indivíduo adulto/idoso, o cancro poderá significar o medo da dependência dos outros.

- As diferentes reacções à doença

Inspirados no modelo de Kubler-Ross (1996) vários/as autores/as delimitam algumas fases pelas quais os doentes passam até à aceitação, ou não, do diagnóstico da doença grave que têm.

Na “fase da negação” existe uma recusa relativa ao diagnóstico da doença. Esta negação explica algumas atitudes consideradas como ilógicas por parte do doente (não realização da terapêutica e exames complementares).

A manifestação de comportamentos agressivos e até violentos, por parte do doente e/ou família, poderá ser indicadora de uma “fase de revolta”. Nesta fase é muito difícil manter uma relação com o doente.

Durante a “fase da negociação”, o doente compreende o risco ligado à evolução da doença, e começa a aceitá-la sob reservas e mediante condições (poder ir de férias, não fazer este ou aquele exame).

Considerada como o pano de fundo de toda a evolução psicológica, “a fase da depressão”, caracteriza-se pela alteração brusca do comportamento a nível psíquico e moral. O doente manifesta um perfil psicológico idêntico a uma pessoa com o diagnóstico de depressão. É fundamental, sobretudo nesta fase, o apoio da família e amigos.

Por fim deverá surgir a “fase da aceitação”. Esta fase nem sempre é alcançada e raramente é estável.

- As experiências passadas

Segundo Ferreira (2004), as experiências com familiares ou pessoas significativas que ultrapassaram o cancro com resultados de cura, ou sobrevida satisfatórias, levarão a pessoa a reagir de forma mais positiva ao diagnóstico e tratamento do que aqueles que testemunharam insucesso.

- Os preconceitos culturais

A palavra cancro transmite um impacto negativo na generalidade das pessoas, levando-as a não referenciarem a palavra de forma clara, directa e aberta. Adquire muitas denominações como; “aquela coisa”, “doença ruim”, entre outras. Para Ferreira (2004) citando Baró (1999), as representações pessoais e sociais do cancro podem levar o doente a abandonar os projectos formulados, à incompreensão e falta de sentido da vida, traduzindo-se em desespero.

- As informações veiculadas através dos meios de comunicação social

De acordo com Tait (1992), hoje em dia, não se consegue imaginar como seria viver privados dos meios de comunicação social. Qualquer informação acerca de cancro é geralmente utilizada de uma forma sensacionalista. Ou seja, tanto é transmitida uma ideia de esperança e cura, como também é veiculada uma noção de destruição e devastação. Destas poderão resultar sentimentos bastante paradoxais como, alegria, desespero, medo, angústia, entre outros.

Em seguida, embora seja dada continuidade à abordagem acerca das implicações psicossociais, a principal linha de força passa a ser o conjunto das mulheres com cancro da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma.

De acordo com Tait (1989), tradicionalmente tem-se descrito, sobretudo, por investigadores do sexo masculino, que o sofrimento de uma mulher submetida a mastectomia se relaciona com o medo do cancro e o medo de perder a mama. Porém, um estudo de Rosser (uma socióloga) em 1981, mencionado pela mesma autora (1989), refere que o pior medo da mulher é o facto de os tratamentos oferecidos para o cancro da mama ameaçarem a sua qualidade de vida.

Os resultados descritos por esta autora (1989) permitem reconhecer que a vivência emocional e social destas mulheres, após serem submetidas a amputação cirúrgica da mama, tem respostas que revelam uma prioridade em relação aos seus medos e preocupações, bastante diferente do que referem outros autores. A interpretação que cada indivíduo faz da sua doença e do seu sofrimento é muito subjectiva e parece estar intimamente relacionada com a importância que este dá à função ou parte do corpo ameaçada.

Todavia, é possível identificar com alguma segurança, um conjunto de factores (consequentes do processo de doença) intrínsecos e extrínsecos à pessoa, que a conduzem a um determinado comportamento e a uma determinada vivência. Contudo, crê-se ser bastante imponderada, como se verificou nalguns estudos, a tentativa de quantificar e colocar em patamares bem definidos esses mesmos factores, sobretudo, quando não é tida em linha de conta, a importância que o indivíduo dá à função ou parte do corpo ameaçada. Por exemplo, uma pessoa que valorize muito a aparência física certamente atribuirá uma

grande importância à alopecia – queda da generalidade dos pêlos/cabelos, que segundo Melo (2002) é a consequência natural dos tratamentos com quimioterapia.

Para Bolander (1998), a vivência de uma condição de doença é comum a toda a vivência humana. Porém, os seus efeitos e respostas são vividos individualmente e subjectivamente, de forma quase impossível de descrever.

Por sua vez, Marques et al. (1991) referem que a grande complexidade emocional do diagnóstico de cancro, o tratamento ou a comprovação de recidivas e/ou metástases, originam a experiência de sentimentos de profundo mal-estar e tristeza, que, se não resolvidos, podem levar à depressão e ao desespero que, associados à incompreensão do outro provocarão desânimo e incapacidade em confrontar-se com a sua nova realidade. Os referidos autores (1991) mencionam que, o confronto do doente, amigos e família com a doença grave é um acontecimento de vida indutor de elevados níveis de stress. As fases do diagnóstico e de tratamento a que este é submetido são susceptíveis de causar um forte impacto emocional, ao ponto de levar doentes e as pessoas que os envolvem a alterações comportamentais profundas e chegando mesmo a surgir em alguns casos quadros psiquiátricos.

### **A família, a relação com o parceiro e os/as amigos/as**

De acordo com Ferreira (2004), o doente com cancro evidencia grandes dificuldades nas relações interpessoais, designadamente com a própria família. A comunicação no seio familiar revela-se deficiente em vários casos, na perspectiva do doente. Um estudo referenciado pela mesma autora (2004) mostra que parece haver uma correlação positiva entre a qualidade das relações interpessoais do doente e a sua capacidade para lidar com a doença.

Nesta ordem de ideias, Bona et al. (1997) referem um outro estudo realizado num conjunto de mulheres mastectomizadas e conclui que aquelas que partilham os sentimentos com o seu parceiro têm melhorado a sua auto-estima e, conseqüentemente, a sua função sexual. Por outro lado, as que por vários motivos não conseguem expressar eficazmente os seus sentimentos com os seus companheiros referem solidão e isolamento em relação à família, pois, mantêm os seus sentimentos em segredo.

Pela informação que alguns estudos revelam, parece haver uma relação entre a expressão de emoções e um melhor prognóstico de doença. Marques et al. (1991), acrescentam ao referido que, a expressão de emoções na fase de diagnóstico e depois do ajustamento à doença, bem como as atitudes de luta contra o problema e um bom suporte social, também parecem ter relação com um melhor prognóstico.

Bland e Copelend (1994) citados por Oliveira (2000) mencionam que muitas mulheres admitem ter grande dificuldade em despirem-se à frente dos maridos. Dizem ainda que, algumas dessas mulheres referem estar mais preocupadas com a reacção do parceiro, dado desfiguramento provocado pela cirurgia, do que a ameaça à própria vida. No entanto, estes casos revelaram-se uma minoria. Interessante verificar que a outra minoria das mulheres referenciadas neste estudo, praticam abraços e carícias físicas com regularidade e em alguns casos o marido tornou-se mais afectuoso que antes (Idem, 2000).

Guerra e Retes (1996) citados por Oliveira (2000) exaltam a dificuldade sentida por algumas mulheres em se despirem na frente dos seus parceiros sexuais. Referem também, o embaraço e o desconforto de ambos, tanto a mulher submetida à cirurgia como o seu parceiro, em tocarem na cicatriz.

Vários estudos apontam para o facto de existir um grande número de mulheres, neste caso particular, com cancro da mama, a terem uma enorme preocupação em fazer com que os seus companheiros se “sintam bem”. Esta ideia ajuda a compreender que, as mulheres submetidas a cirurgia da mama, ao se verem confrontadas com um processo de doença e tratamentos, muito provavelmente terão uma sensação progressiva de menor atractividade, menor feminilidade, menos “alma” quando enfrentam a sua função social tradicional, corpo incompleto; não só por si mesmas, mas também pelos seus companheiros.

Lo Castro et al. (1998) citado por Oliveira (2000) sublinham também a dificuldade destas mulheres em mostrar o corpo despido. Contudo, para este autor parece existir uma dificuldade selectiva. No seu estudo comparou o mesmo grupo de mulheres e concluiu que, estas referem sentir menos dificuldade em mostrar o seu corpo despido perante outras mulheres mastectomizadas e/ou aos profissionais de saúde e em contrapartida é justamente perante o cônjuge que sentem maior constrangimento. Importa relevar que o referido autor constatou que estas respostas são independentes da relação que, as mulheres estudadas, estabelecem com o parceiro.

Relativamente ao papel dos amigos e amigas na vida destas mulheres, o estudo de Lopes (1997), baseado no pressuposto de que as mulheres mastectomizadas se sentiam envergonhadas por serem diferentes das outras mulheres e preocupadas com o que os/as outros poderiam pensar delas, refere que em alguns casos as amigas eram vistas como um obstáculo e não como uma ajuda para superar o problema que estavam a viver.

Payne et al. (1996) também fazem referência a esta sensação de dissemelhança e de mau estar destas mulheres em relação às outras. Algumas das mulheres submetidas a mastectomia sentem-se incapazes de se despirem em espaços públicos, e muitas mencionam a sensação de desconforto relativo ao olhar das suas amigas para as suas mamas.

## **Os medos e principais preocupações**

Os estudos como os de Lopes et al. (1993) citado por Oliveira (2000) e Cohen et al. (1998) mencionam que a grande preocupação das mulheres mastectomizadas, sentida sobretudo nas fases iniciais de doença, se centrava na manutenção de vida e não noutras eventuais alterações resultantes da cirurgia, como as de índole sexual e/ou corporal, entre outras. Por sua vez, os resultados do estudo efectuado por Kissane et al. (2004) corroboram as referidas constatações referindo que a maioria das mulheres responde que a primeira consideração ao escolherem o tratamento para o cancro da mama é manterem-se vivas. Porém, uma minoria de mulheres refere que a conservação da sua imagem corporal e sexualidade são as suas primeiras considerações na escolha dos tratamentos.

Cohen et al. (1998) aprofundam esta questão afirmando que, filhos e maridos de mulheres com cancro da mama têm como preocupação fundamental a hipótese de perder a sua mãe/esposa. Todas as outras transformações/alterações ocorridas como consequência da doença e tratamentos são descritas como sendo secundárias.

Kissane et al. (2004) sublinham que muitas mulheres referem ter passado por inúmeras experiências, no percurso de ajuste ao longo do período pós-cirúrgico e tratamentos, tais como choque, ataques de pânico, desemprego, perda de confiança e períodos de desespero.

Vários foram os medos revelados pelas mulheres estudadas por Oliveira (2000) no seu trabalho: o medo de morrer, da incurabilidade e do sofrimento, da perda dos seios, do insucesso das terapias adjuvantes, de saber a verdade total, da recidiva, dos filhos desamparados, do isolamento, da incompreensão dos amigos, da rejeição e da impotência na realização das tarefas domésticas. Por sua vez, Duarte (1995) faz referência a outros medos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas, mais associados ao relacionamento conjugal e sexual, como o de não ser fisicamente atractiva, de não ser valorizada e/ou amada, de ser afastada pelos outros e/ou do cônjuge, de estar impedida de ter uma vida sexual normal e/ou uma vida conjugal estável.

A mesma autora (1995), refere que na sequência da amputação cirúrgica da mama surgem habitualmente desajustes psicológicos, tais como os sentimentos de rejeição e depressão. Estes desajustes poderão manifestar-se através do isolamento em relação à família e amigos, dificuldade na retoma das actividades profissionais, entre outras.

Ultrapassada a fase inicial da doença, isto é, a fase de controlo ou pós-tratamento, os receios são outros. De acordo com Phipps et al. (1995) e Ferreira (2004), o doente está sob vigilância, existindo um receio quanto ao reaparecimento de recidivas e/ou metástases, o que também condiciona o seu bem-estar e as suas actividades de vida. Assim, o sentimento de incerteza quanto ao futuro é algo muito presente na mente de um doente oncológico.

Sublinha-se porém, que as mulheres intervencionadas no HDS, EPE são seguidas em consultas de vigilância durante cinco anos.

### **Os múltiplos impactos do cancro da mama, cirurgia à mesma e tratamentos co-adjuvantes na vida destas mulheres**

O impacto do cancro da mama na imagem corporal e sexualidade é, naturalmente, diferente de mulher para mulher. Todavia, de acordo com Kissane et al. (2004), e de uma forma geral, o impacto do cancro da mama manifesta-se no enfraquecimento da imagem corporal, diminuição da libido, na deterioração da função sexual, e nas dificuldades nos relacionamentos.

Os resultados do referido estudo (2004), e no que concerne às questões relacionadas com a imagem corporal e adaptação sexual de mulheres com neoplasia maligna da mama e sujeitas a cirurgia da mama, destacam várias alterações ao nível físico, como a perda de cabelo, o aumento de peso, o linfedema, a fadiga, a dor, o desconforto motor e défice de sensibilidade ao nível do braço do lado intervencionado, as feridas crónicas por causa infecciosa, a limitação de movimentos da articulação do ombro do lado intervencionado, a alteração da sensibilidade da pele da zona da cirurgia, a pele do braço e antebraço da região intervencionada extremamente seca.

Ainda o mesmo estudo menciona que as principais sequelas psicológicas encontradas são a vergonha e o embaraço na exposição do corpo, o desalento com o aspecto da cicatriz e com outras alterações no resto do corpo, a diminuição do interesse sexual, os problemas no relacionamento sexual, a interrupção do acto sexual, a diminuição da satisfação sexual e da frequência do acto sexual, o impacto negativo no relacionamento com o/a parceira, e o sentir-se menos atractiva sexualmente.

Cohen et al. (1998) referem o facto de que grande parte dos comentários das mulheres, relativos ao impacto da cirurgia e tratamentos nos seus corpos, tocam em questões como: o aumento da fadiga; aumento do cansaço, de forma a alterar os estilos de vida, levando a que muitas mulheres reduzam muitas das suas actividades diárias; a dor e as limitações dos movimentos, designadamente, no ombro e braço do lado intervencionado; alteração da função sexual, que inclui a perda da libido (sobretudo associada aos tratamentos) e a limitação relativa aos posicionamentos durante o acto sexual.

Já Oliveira (2000) diz que a dor, edema, sensação de peso, a diminuição da força muscular, a limitação de movimentos e as alterações de sensibilidade, são as sensações ao nível do membro superior do lado intervencionado, decorrentes da cirurgia, mais apontadas pelas mulheres entrevistadas.

Lo castro et al. (1998) citados pela mesma autora (2000) salientam que, em alguns dos casos por eles estudados, as mulheres tentam evitar de olhar e tocar a cicatriz.

Kissane et al. (2004), por sua vez, quando se referem ao impacto exclusivo da cirurgia nas mulheres entrevistadas – não tendo, contudo, uma preocupação em fazer distinções entre os tipos de técnicas cirúrgicas utilizadas (já que neste estudo foram entrevistadas mulheres submetidas a cirurgias conservadoras e não conservadoras) – são descritos sentimentos de: sensualidade e relacionamento sexual alterado; alteração da sensibilidade, e por vezes dor, da pele na região intervencionada; diminuição da sensibilidade da aréola e mamilo (quando a mama é conservada); diminuição dos movimentos do braço e articulação do ombro; linfedema. Todavia, uma minoria refere ainda hipersensibilidade da região operada (Idem, 2004).

## 5 – Imagem corporal

A mais valia do estudo da imagem corporal na sociedade actual parece ser indiscutível. Relembra-se que é atribuída extrema importância à beleza física, tendo-se criado padrões nos quais indivíduos têm necessidade de se enquadrar.

De acordo com várias/os autoras/es o conceito de imagem corporal é impossível de definir claramente. Metodologicamente, e de acordo com Hopwood et al. (2001), não existe, hoje em dia, qualquer consenso face à definição de perturbação da mesma. Não há ainda uma teoria unitária que congregue todas as abordagens existentes. Cash e Pruzinsky (1990) são da opinião que é um conceito extremamente ambíguo. Segundo os autores (1990) esta ambiguidade é fundada no facto de existirem inúmeras áreas disciplinares a atribuir-lhe diferentes significados. Dão o exemplo de que a própria palavra *imagem*, por estar sobretudo associada à pintura/fotografia, é o primeiro passo para dificultar a tomada de consciência relativa à multidimensionalidade do conceito. De acordo com os mesmos, o mais correcto seria a utilização do termo no plural *imagens corporais* – “Body images” –, ou num termo ainda mais genérico, como *experiência corporal* – “Body experience”.

Tendo consciência da complexidade que envolve o conceito de imagem corporal optou-se por fazer uma abordagem muito resumida sobre o mesmo. A principal preocupação, relativamente aos conteúdos deste capítulo, será efectivamente trabalhar algumas questões relativas à problemática da imagem corporal em mulheres com cancro da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma.

Da revisão de literatura depreende-se que o conceito de imagem corporal envolve preocupações, pensamentos e sentimentos que cada pessoa possui acerca do seu corpo e da sua experiência corporal. Numa síntese acerca das concepções de vários/as teóricos/as relativamente à imagem corporal infere-se que esta não se restringe a questões de ordem estética e/ou de aparência física. Sublinham que é influenciada também pela idade, etnicidade, função e aptidões corporais, força, sensações corporais, personalidade, sexualidade, estado saúde/doença. Outros factores que se articulam com todos os referidos anteriormente são o conjunto de experiências vividas e a realidade sócio-cultural (Cash e Pruzinsky, 1990; Fallon, 1990; Brendin, 1999).

De tudo o que foi mencionado fica a ideia de que a imagem corporal é um construto decorrente de diferentes dimensões da experiência corporal. Porém, dadas as características do instrumento de colheita de dados que controla a variável imagem corporal do presente estudo, interessa agora fazer uma abordagem mais aproximada da componente conceito de imagem corporal que se preocupa particularmente com a visão mental do self

físico, ou seja, com as percepções relacionadas com a própria aparência física e estado de saúde.

Segundo Price (1999) citado por Romanek et al. (2005), a imagem corporal é conceptualizada como uma imagem mental do corpo e pode envolver diversas dimensões, tais como:

- A percepção que pessoa tem do seu próprio corpo;
- A forma como pensa sobre o seu próprio corpo;
- A forma como pessoa apresenta o seu próprio corpo aos outros;
- A satisfação face à sua aparência.

De todas/os autoras/es consultadas/os salienta-se Hopwood. Esta fez uma revisão de literatura, acerca dos principais conteúdos tratados para caracterizar a imagem corporal/auto-conceito/auto-imagem em mulheres com cancro da mama, que abrangeu o estudo de um período de 20 anos, mais propriamente entre as décadas de 1970 e 1990. A autora (1993) refere que um dos primeiros estudos, consistente do ponto de vista metodológico, é datado de 1977. O seu autor, Polivy, estudou o impacto da mastectomia na auto-imagem e auto-conceito através da escala de Berscheid. Esta, por sua vez, tinha como principais conteúdos/preocupações a consciência do corpo, a atractividade sexual, sentimentos de feminilidade, o uso de vestuário apropriado, valorização/afeição física, as relações sexuais e a recusa a relacionamentos próximos.

Hopwood (1993) refere, entretanto, que nos trabalhos em que o método de entrevista era utilizado verificou a integração/abordagem de aspectos como a satisfação em relação à cicatriz, o impacto do linfedema, o grau em que a mulher oculta a cicatriz em relação ao parceiro, o grau em que esta recusa despir-se na frente do mesmo, a atitude e consciência relativamente à aparência física, o sentimento de deformidade, a vergonha, a atractividade sexual e a mudança da importância do seio para a mulher.

Da revisão de literatura que fez escreve ainda sobre as principais ideias mais comumente abordados pelas mulheres: a insatisfação com a aparência (vestida), a perda de feminilidade, a recusa em ver-se despida, o sentimento de menor atractividade sexual, a consciência em relação à aparência e a insatisfação com a cicatriz e com a prótese.

Com a excepção dos trabalhos de Hopwood e Polivy, na verdade, não se encontrou praticamente nenhum outro estudo que se debruçasse exclusivamente acerca do impacto do cancro da mama e cirurgia à mesma sobre a imagem corporal. A larga maioria da literatura analisada trabalha a imagem corporal como apenas uma das muitas variáveis dependentes em estudo. Esta é a principal razão que conduziu à tomada de decisão pelo desenvolvimento de questões, em torno da imagem corporal nas mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma, nos capítulos subsequentes; justamente por se encontrarem cruzadas, nas conclusões dos estudos de

variados/as autores/as, com outros factores, tais como a adaptação sexual, função sexual, idade, técnica cirúrgica utilizada, tratamentos co-adjuvantes, entre outros.

Contudo, importa relevar ainda um conjunto de apreciações acerca da relação com o corpo e aparência física tratadas nos estudos de autores/as como Mock (1993), Nunes e Neves (1997), Lo Castro (1998), Oliveira (2000) e Kissane et al. (2004).

Para Altshuler (1997) a alteração da imagem corporal é, incontestavelmente, um dos factores responsáveis pelos elevados níveis de ansiedade. Na referida obra (1997), o autor centra-se na doença crónica para transmitir tal ideia. Todavia, dá um enfoque particular às mulheres que sofrem de cancro da mama, sublinhando que durante o processo de luto algumas delas desenvolvem síndrome depressivo.

Mock (1993), refere que as mulheres com cancro da mama que estudou e que foram submetidas a cirurgia da mesma apresentaram alterações negativas ao nível da imagem corporal, quando comparadas com um grupo de mulheres saudáveis. A referida autora (1993) constatou que este facto se relaciona sobretudo com a depressão e a ansiedade associado ao diagnóstico e tratamentos.

Oliveira (2000) citando o estudo de Lo Castro et al. (1998) afirma que as mulheres mastectomizadas expressam completa insatisfação relativamente ao seu corpo despido.

Hopwood (1993) no relato dos testemunhos das mulheres por si estudadas descreve sentimentos adjacentes às conclusões de Lo Castro et al. (1998), tais como o de se acharem anormais e de se sentirem metade de uma mulher.

Já Nunes e Neves (1997) referem que as mulheres mastectomizadas se sentem vazias do lado operado. A maioria referiu que, quando se olhava ao espelho, achava que o que via era muito feio e/ou estava feio.

Lo Castro et al. (1998) citado por Oliveira (2000), por sua vez, demonstraram a importância que as mulheres mastectomizadas atribuem às roupas no após a cirurgia. Os autores constataram que a importância atribuída à roupa deve-se ao facto de esta lhes permitir camuflar e disfarçar as suas imperfeições físicas. Na mesma lógica de ideias está o estudo de Kissane et al. (2004) alertando ainda, para o facto de que mulheres mastectomizadas procurarem escolher sempre roupa com o objectivo de esconder a cicatriz.

Nas mulheres em que a perda do seio era notória, verificou-se que estas não se sentiam à vontade se vestissem determinadas peças de roupa. Aboliam vestuário com decotes, cavados, alças, roupas mais justas e/ou transparentes, fatos de banho e/ou bikinis (Nunes e Neves, 1997).

Estes factos poderão explicar, em parte, os resultados de alguns estudos que afirmam que mulheres submetidas a mastectomia, apesar de demonstrarem interesse nas tendências da moda, na sua maioria assumem algum conservadorismo na escolha das roupas que vestem.

## 6 – Satisfação sexual

Haavio-Mannila e Kontula (1997) estudaram a realidade finlandesa e no seu estudo utilizaram como método fazer comparações entre dados de sondagens nacionais da população, com idades compreendidas entre os 18 e os 54 anos, em 1971 (N-2252) e 1992 (N-1718).

O estudo demonstra que a satisfação sexual aumentou gradualmente nos últimos vinte anos, sobretudo entre as mulheres. Porém, estas ainda revelam maior insatisfação sexual que os homens. De acordo com os mesmos autores, as principais causas para tal facto (aspectos que tornaram as mulheres mais inibidas sexualmente do que os homens) são o começo tardio da vida sexual, as atitudes sexuais conservadoras, a atribuição de menor importância à esfera sexual, a falta de assertividade sexual e o facto de não utilizarem técnicas sexuais dotadas de maior plasticidade.

Todavia, esta investigação destaca ainda um conjunto de variáveis, que se correlacionam com o aumento de satisfação sexual, tais como a idade jovem, a pertença durante a infância a um meio sexualmente liberal e não religioso, o início precoce da vida sexual, uma educação de nível superior, assertividade sexual, atribuir importância à sexualidade, a utilização de materiais sexuais, relações sexuais (coito) frequentes, o uso de técnicas sexuais versáteis, e a obtenção frequente de orgasmos.

Dyers e Demmons (1999) realizaram um estudo acerca da auto-afirmação sexual, numa amostra de 52 mulheres e 47 homens, estudantes universitários. As autoras observaram que a auto-afirmação sexual estava correlacionada com a satisfação sexual, satisfação na comunicação sexual e com a satisfação no relacionamento conjugal. As autoras constataram uma correlação positiva forte, para ambos os sexos, entre a manifestação de aprendizagem acerca das necessidades e desejos da/o sua parceira, assim como a expressão clara das suas próprias necessidades e a satisfação sexual do casal. Referem também que as mulheres deste estudo apresentam níveis mais baixos de auto-afirmação sexual que os homens.

Cupach e Comstock (1990), numa amostra de 402 indivíduos casados com idades compreendidas entre os 19 e os 58 anos, demonstraram que a satisfação com o relacionamento global, a satisfação com a comunicação sexual e a satisfação sexual estavam todas significativamente e positivamente relacionadas. Os autores referem que as competências comunicacionais globais (especificamente as que se orientam para a sexualidade) reforçam a proximidade e a intimidade relacionais. Por sua vez, o diálogo

sobre os desejos, preferências, necessidades e receios sexuais permitem aos parceiros um nível de “entendimento” que reforça positivamente a satisfação sexual.

Penetrando no universo das perturbações de índole sexual Laumann, Paik e Rosen (1999) realizaram um trabalho que visou estudar, justamente, a prevalência e os factores preditores de disfunção sexual nos Estados Unidos da América. Os participantes no estudo foram 1749 mulheres e 1410 homens, com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos.

Esta investigação demonstrou uma forte associação entre a disfunção sexual e a satisfação emocional e física. O estudo prova que o desejo sexual hipo-activo, a perturbação da excitação nas mulheres e a disfunção eréctil eram quadros clínicos fortemente relacionados com a insatisfação sexual.

Os autores apresentaram inúmeras conclusões, das quais se destaca a disfunção sexual nas mulheres é maior que nos homens e está associada, sobretudo, a factores sócio-demográficos como a idade, o estado marital, as habilitações literárias, etnia, entre outras.

A tendência geral das mulheres estudadas é de que ao longo dos anos vão decrescendo os problemas a nível sexual, com a excepção para as que apresentavam alterações ao nível da lubrificação vaginal.

O desejo sexual diminuído, a dificuldade em atingir o orgasmo e a ansiedade sexual estão normalmente associados às mulheres não casadas ou sem parceiro sexual fixo.

A educação de nível superior está negativamente relacionada com a experiência da vivência de problemas sexual e sobretudo com o desprazer sexual.

O estudo revela, ainda, algumas diferenças entre etnias e grupos rácicos. As mulheres negras apresentaram maiores níveis de baixo desejo sexual e de desprazer sexual, comparadas com as mulheres caucasianas. Por sua vez, as hispânicas foram as que revelaram menos problemas ao nível sexual.

Um outro estudo, publicado por Dunn, Croft e Hackett no ano de 2000, tenta trabalhar questões relativas à satisfação sexual e aos problemas na vida sexual de uma amostra de 1000 adultos, com idades entre os 18 e os 75 anos. Destes, cerca de 34% dos homens e 41% das mulheres apresentaram problemas sexuais. Dos problemas descritos, os mais frequentes foram, no caso dos homens, a disfunção eréctil e a ejaculação precoce, e, nas mulheres, a insuficiente lubrificação vaginal e a dificuldade em atingir o orgasmo.

Os referidos autores afirmam existir uma associação entre as perturbações sexuais e a insatisfação sexual. Demonstra também, que a insatisfação sexual se correlaciona negativamente e de forma significativa, com a frequência da actividade sexual, tanto em mulheres como nos homens.

Numa abordagem mais próxima das mulheres com cancro da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma, vários/as autores/as, tais como Payne et al. (1996), Barni e Mondin (1997), Baptista (1999) e Oliveira (2000), consideram ser extremamente importante

o facto de que estas, assim como outros doentes do foro oncológico, mantenham a actividade sexual sempre que possível, pois esta contribui para a conservação da saúde residual da doente, melhorando a adaptação à doença.

Barni e Mondin (1997) sublinham, ainda, a pertinência da manutenção da vida sexual das mulheres mastectomizadas no combate à imagem de doença e debilidade. Os referidos autores (1997) constataram no seu estudo que é indispensável que as mulheres submetidas a amputação da mama, e que têm parceiro sexual, discutam com este os seus problemas desta índole.

Qualquer estudo que tente trabalhar as questões do funcionamento sexual nunca poderá ignorar o relacionamento conjugal anterior à doença. Barni e Mondin (1997) partilham desta ideia quando referem no seu estudo que um dos factores a ter em conta no estudo da sexualidade do casal é, justamente, a qualidade da relação conjugal e sexual do mesmo, antes do aparecimento da doença.

Um artigo apresentado na revista visão de 23 de Setembro de 1999, referido no estudo de Oliveira (2000), constata que quando existe uma boa relação conjugal, ela mantém-se apesar da doença. A relação entre os membros do casal só termina se já estava deteriorada por outras razões, que não a doença. Este artigo, que se intitula de “Vencer o estigma”, inclui um estudo que atesta que cerca de sessenta por cento das mulheres com cancro da mama admitem viver e/ou ter vivido uma pior sexualidade, sobretudo as mastectomizadas. Este estudo menciona também que as mulheres mais jovens e mais instruídas sofrem de maiores perturbações ao nível da auto-imagem.

Batista (1999) menciona um estudo (segundo a autora único) que avalia os aspectos fisiológicos da resposta sexual. Este estudo, realizado por Gerard e publicado em 1982, com o título de Sexual function after mastectomy: Life versus lab, envolve 11 mulheres mastectomizadas e 10 mulheres saudáveis (grupo de controlo), as quais foram submetidas a uma pletismografia vaginal para comparação da auto-avaliação da resposta destas mulheres a material áudio vídeo de conteúdo erótico. Concluiu que, com todas as reservas relativas à representatividade da amostra, a ansiedade das mulheres mastectomizadas interfere com a atenção às respostas fisiológicas e, conseqüentemente, com a sua capacidade de as rotular cognitivamente como eróticas.

Vários autores/as sugerem um conjunto de implicações do processo de tratamento nas mulheres com cancro da mama. Schover (1994) refere a perda da libido, dificuldades em atingir o orgasmo e dificuldade em iniciar uma relação sexual. Barni e Mondin (1997) mencionam no seu estudo que as mulheres mastectomizadas relatam, relativamente à sua sexualidade, a diminuição do desejo sexual, frigidez e dispareunia – dor durante o coito. Já Oliveira (2000) fala da diminuição do desejo sexual e, conseqüentemente, diminuição do número de relações sexuais.

Todavia, e na perspectiva dos parceiros sexuais das mulheres submetidas a mastectomia, a mesma autora (2000) refere que, os principais factores de degradação da função sexual são a diminuição da lubrificação vaginal e da libido das mesmas.

## **7 – A influência do factor idade na imagem corporal e na adaptação sexual**

A idade e o estágio de desenvolvimento em que se encontram as mulheres a estudar parece ser um factor fundamental a ter em conta em qualquer investigação que envolva questões como a imagem corporal e satisfação sexual.

Os poucos estudos que controlam o factor idade, em mulheres sujeitas a uma mastectomia e com neoplasia maligna da mama como patologia de base, sugerem que as mulheres mais jovens sofrem maior perturbação psicológica (Schover, 1994; Payne et al., 1996; Batista, 1999. Já Oliveira (2000) citando Lopes (1993) sublinha que a realidade do cancro da mama e a vivência de um corpo amputado na mama é tanto mais dramática quanto mais jovem é a mulher.

Schover (1994) concorda que as mulheres mais jovens apresentam, de uma forma geral, um grande risco de disfunção psicológica. Refere também que aspectos da vida destas mulheres como sentir-se sexualmente atractiva, ter relações sexuais frequentes e de prazer, garantir um relacionamento sólido com outro indivíduo, ter filhos, ter uma carreira profissional estável e na qual possa ascender; são fundamentais para melhor se compreender o referido risco acrescido de disfunção psicológico. Por sua vez, Payne et al. (1996) acrescentam que as mulheres que ficam privadas de procriar terão de se ajustar a um tipo especial de situação e de tristeza. Batista (1999) refere ainda, sobre esta matéria, que poder-se-ão levantar vários problemas potenciais às mulheres jovens que atravessam a realidade de amputação cirúrgica de uma mama, designadamente, dificuldades em estabelecer novos relacionamentos, alteração da função sexual devido aos tratamentos a que é submetida, infertilidade potencial, menopausa prematura como consequência dos tratamentos, entre outras.

Schover (1994) menciona que esse impacto psicológico varia ainda consoante o estatuto marital. Mulheres solteiras, divorciadas, mulheres que não tiveram filhos ou que desejam continuar a ter, são grupos particularmente vulneráveis.

Hopwood (1993) afirma que são as mulheres jovens, e sobretudo as solteiras, as que mais se preocupam com a imagem corporal, quando comparadas com mulheres mais velhas. A referida autora (1993) partilha da opinião de que a perda de uma mama é uma realidade particularmente angustiante para as mulheres jovens. Porém, afirma também que esse facto está certamente ancorado ao volume de expectativas criadas. Parece óbvia a noção de que é na juventude que são idealizadas a grande parte das expectativas de vida da generalidade das pessoas.

O estudo de Spencer et al. (1999) aponta para o facto de as mulheres jovens com cancro da mama apresentarem mais preocupações ao nível sexual e conjugal. Schover (1994) refere que o tratamento cirúrgico ao cancro da mama é a variável com maior peso (negativo) sobre os relacionamentos sexuais das mulheres mais jovens.

Complementando esta ideia, Oliveira (2000) citando Lopes et al. (1993) refere que as mulheres mastectomizadas, particularmente as mais jovens, têm medo de serem rejeitadas pelos parceiros sexuais. Mais uma vez Schover (1994) acrescenta que as mulheres jovens, após cirurgia à mama, têm maior dificuldade em estabelecer novos relacionamentos.

Resumindo, tudo parece apontar, e de acordo com as conclusões de Schover (1994), para o facto de que a variável idade seja moderadora no impacto da mastectomia sobre a adaptação sexual. Este facto, parece fazer todo o sentido se for tido em conta que uma mulher mais jovem tem maior probabilidade de: a) não ter relação afectiva estabelecida, logo, enfrenta com maior receio a mutilação da mama, temendo que esta leve à rejeição por parte de potenciais parceiros; b) desejar ter filhos e temer o impacto das terapias adjuvantes e da própria doença sobre a fertilidade; c) recear que uma gravidez implique uma recaída e/ou adiar os tratamentos (Batista, 1999).

Importa referir que se encontraram alguns estudos que contrariam de certa forma as conclusões que têm sido descritas. Batista (1999), por exemplo, verificou que quanto mais velha for a mulher maior o impacto negativo da mastectomia sobre a função sexual e imagem corporal. Estes dados estão em consonância com o estudo de Vinikur et al. (1989), que referem que as mulheres mais velhas apresentam maior vulnerabilidade em relação às cirurgias mais alargadas, designadamente a mastectomia.

Parece importante contudo frisar que esta heterogeneidade de resultados poderá estar associada a problemas metodológicos. Na verdade, julga-se que a metodologia mais correcta para analisar o impacto do factor idade sobre a imagem corporal seria a comparação de um mesmo grupo de mulheres em dois ou mais tempos do pós-operatório; isto apesar dos dois estudos que a utilizam apresentarem conclusões diferentes – Schover (1994) e Batista (1999).

## **8 – Estudos comparativos entre as diferentes técnicas de abordagem cirúrgica à mama**

Para este capítulo elaborou-se um apanhado bibliográfico que tem como principal linha de força a comparação dos efeitos das diferentes técnicas cirúrgicas aplicadas a mulheres com neoplasia maligna da mama como patologia de base. Interessa particularmente, o contributo das diferentes opções cirúrgicas sobre a imagem corporal e satisfação sexual.

Relembra-se, em primeiro lugar, que as diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas para o tratamento do cancro da mama são igualmente eficazes ao nível da sobrevivência. No presente estudo, e baseados na literatura (Oliveira, 2000), sabe-se que se está a comparar soluções terapêuticas cuja sua viabilidade, em termos de continuidade de vida, é semelhante.

Porém, a percepção das mulheres, sujeitas a intervenção cirúrgica à mama e cuja patologia de base é a neoplasia maligna da mesma, parece ser outra. Isto é, de acordo com os resultados do estudo de Kemeny et al. (1988) citado por Batista (1999) conclui-se que, os impactos distintos das diferentes opções cirúrgicas utilizadas começam desde logo na representação que as mulheres têm relativamente ao tipo de intervenção cirúrgica a que foram submetidas. Os autores (1988) constataram que o medo da recaída é superior no grupo das mulheres mastectomizadas do que nas submetidas a cirurgia conservadora da mama. Na mesma ordem de ideias, Mock (1993) confirma no seu estudo o referido medo da recaída (ao qual chama medo da recorrência da doença) e acrescenta ainda o medo da morte como sendo maior nas mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada.

Batista (1999) refere que vários autores/as – Stenberg, Juliana e Wise, 1985; Taylor et al., 1985; De Haes, Van Oostrom e Welvaart, 1986; Ganz, Schag e Flack, 1987; Kemeny, Wellisch e Sshain, 1988; Meyer e Aspegren, 1989; Ganz, Schag e Flack, 1992 – concluíram nos seus estudos que, no que diz respeito à comparação entre o impacto da mastectomia e das técnicas conservadoras, o resultado mais consistente dos vários estudos tem sido o de demonstrar o benefício das técnicas conservadoras em relação à imagem corporal.

Estes/as mesmos/as autores/as sublinham ainda a vantagem das técnicas conservadoras como sendo menos traumatizantes em relação à imagem corporal, ao sentimento de feminilidade e o de se sentir atraente.

Hopwood (1993) refere no seu trabalho, como uma das principais conclusões retirada de uma extensa revisão de literatura por ela consultada que, de uma forma geral, as mulheres que puderam optar pela cirurgia conservadora da mama, revelaram uma imagem

corporal mais positiva, quando comparadas com mulheres submetidas a cirurgias mais mutiladoras. Mock (1993), corrobora no seu estudo, as conclusões retiradas por Hopwood, referindo que, a imagem corporal das mulheres sujeitas a cirurgia da mama é mais positiva, nos casos em que a mama é conservada. Porém, o contributo do seu estudo estende-se para além das questões da imagem corporal. A autora (1993) refere que, as mulheres submetidas a cirurgia conservadora apresentam sentimentos mais positivos e maior satisfação com os seus corpos, do que as mastectomizadas. Menciona ainda que o medo da morte e o medo da recorrência da doença, assim como, o aparecimento da disfunção sexuais são menores, quando comparadas com mulheres submetidas a mastectomia. Schover (1994) no seu estudo verificou também que, as mulheres submetidas a cirurgia conservadora da mama, quando comparadas com as mulheres mastectomizadas, apresentaram uma imagem corporal mais positiva. Demonstrou ainda, que não existem alterações significativas, comparando os dois grupos de mulheres, relativamente aos traços psicológicas gerais, à função conjugal e satisfação conjugal. No entanto, A referida autora (1994) enaltece o facto de que as mulheres sujeitas a técnicas cirúrgicas conservadoras da mama apresentam uma melhor aceitação relativa à sua nudez. Sublinha ainda que, estas reagem melhor à carícia das mamas durante as suas relações sexuais com o seu parceiro. Outra das conclusões do seu estudo é que parece existir uma relação inversa entre a extensão da cirurgia à mama e o sentimento de atractividade e de se acharem desejáveis sexualmente.

Ganz et al. (1992) citado por Oliveira (1999) referem não existir diferenças significativas em todos os parâmetros da adaptação social entre mulheres mastectomizadas e mulheres sujeitas a mastectomia parcial, à excepção das primeiras referirem deterioração da imagem corporal e mais dificuldade com a escolha da roupa. Esta ausência de diferenças poderá ser explicada pelo facto de que, também a mastectomia parcial é uma intervenção cirúrgica bastante mutiladora (embora considerada uma técnica “conservadora”) e com fracos resultados do ponto de vista cosmético; comparada, por exemplo, com a tumorectomia. Assim, aceita-se o facto de que diferentes cirurgias conservadoras poderão produzir diferentes resultados. Sublinha-se que foi a única referência que se encontrou relativamente à comparação do impacto de diferentes técnicas conservadoras.

De acordo com Batista (1999) vários estudos – Fallowfield, Braun e Maguire, 1986; Fallowfield et al., 1990 Omme-Pontém, Holmberg, Brun e Bergstrom, 1992; Rijken, de Kruif e Roussel, 1995 – apontam para que o impacto dos dois tipos de cirurgia (cirurgia conservadora e mastectomia) sobre a morbilidade psiquiátrica não revela diferenças significativas. Porém a autora salienta que, apesar de não existirem estudos que demonstrem diferenças significativas relativamente à adaptação psicológica e morbilidade

física entre os grupos das mulheres submetidas a cirurgia conservadora e as sujeitas a mastectomia; deverá haver uma excepção relativa à adaptação sexual.

Margois, Goodman e Rubin (1990) efectuaram um estudo onde tentam comparar o impacto dos dois tipos de cirurgia (mastectomia e cirurgia conservadora) na adaptação sexual das mulheres, a elas submetidas. No período pré-operatório, os autores, não verificaram diferenças significativas entre os dois grupos. Um ano após a cirurgia, e em relação à frequência do relacionamento sexual, continua a não haver diferença significativa, entre os dois grupos de mulheres. Porém, as mulheres mastectomizadas referiram uma diminuição significativa da satisfação sexual (76% de mastectomizadas comparando com 7% de mulheres sujeitas a cirurgia conservadora), o que as próprias atribuíam à imagem corporal negativa no pós-operatório.

Batista (1999) faz menção a um estudo realizado por Holmberg et al. (1989), aplicado a 99 mulheres suecas com cancro da mama e divididas em dois grupos (mastectomizadas e submetidas a cirurgia conservadora), não revela diferenças significativas em qualquer dos parâmetros psicológicos estudados, designadamente a adaptação sexual. Todavia, e apesar das conclusões de Holmberg et al. (1989), a larga maioria dos estudos apontam no sentido de que as cirurgias conservadoras são mais favoráveis a uma melhor adaptação sexual.

As conclusões do estudo de Kissane et al. (2004) são bastante claras e apontam para existência de diferenças entre as mulheres mastectomizadas e as que lhe são conservadas uma boa parte da mama. As últimas, de uma forma geral, apresentam uma melhor preservação da imagem corporal e uma melhor e mais rápida retoma da actividade sexual. Sublinham ainda que estas mantêm as carícias durante o acto sexual. Batista (1999) sublinha ainda que, a cirurgia conservadora é vantajosa em relação à mastectomia (mesmo quando após esta é feita uma reconstrução mamária) no que respeita à manutenção do prazer sexual e da frequência em que é tocada na região da mama intervencionada durante a actividade sexual.

Encontrou-se um interessante e único estudo que avalia a importância erótica atribuída à estimulação das mamas. Margois, Goodman e Rubin (1990) não encontram diferenças significativas entre os dois grupos (mulheres submetidas a mastectomia e mulheres sujeitas a cirurgia conservadora) em relação à importância erótica atribuída à estimulação das mamas no pré-operatório. Por sua vez, no período pós-operatório, os referidos autores, constataram que, as mulheres mastectomizadas diminuíram acentuadamente a importância atribuída à estimulação das mamas, já as mulheres submetidas a cirurgia conservadora referiram que a importância atribuída à estimulação mamária não se alterou. Importa relevar que só se tomou conhecimento deste estudo depois de se ter iniciada a aplicação do questionário, motivo pelo qual se afirma na pág.85 que a

elaboração da questão n.º23 do mesmo se deveu exclusivamente aos testemunhos das mulheres sujeitas ao pré-teste.

## **9 – O impacto das terapias co-adjuvantes na depreciação da imagem corporal e na morbilidade sexual**

A sobrecarga de terapias adjuvantes à cirurgia, administrados sobretudo no primeiro ano pós-cirurgia, designadamente a quimioterapia (que acompanha sempre as mulheres tumorectomizadas após a cirurgia) e a radioterapia, traduzem-se em sequelas (embora a grande parte reversíveis, mas quase sempre presentes durante o período de tratamento) ao nível físico e psicológico, o que, mediante as diferentes sensibilidades e subjectividades de cada mulher, levam a questionar a aparente linearidade, relativa à ideia de que uma cirurgia menos invasiva corresponde naturalmente a uma imagem corporal melhor conservada e/ou a uma função sexual menos deteriorada.

Por se acreditar no que foi referido anteriormente e por todas as razões posteriormente referidas – baseadas na literatura consultada –, parece imprescindível o conhecimento detalhado das terapias adjuvantes a que as mulheres são sujeitas após a cirurgia à mama; só assim se consegue retirar conclusões mais consubstanciadas acerca das variáveis que se pretendem estudar.

Hopwood (1993) alerta para a questão de que o tipo de terapias adjuvantes à cirurgia, como a quimioterapia e radioterapia, condicionam a aparência dos seios e, portanto, a aparência física destas mulheres. A autora (1993) destaca no seu estudo que o tipo de terapias adjuvantes a que são submetidas é um factor altamente condicionador da imagem corporal destas mulheres.

### **9.1 – Quimioterapia**

Payne et al. (1996) afirmam que as alterações causadas pela quimioterapia potenciam, nas mulheres submetidas a mastectomia, a sensação de mutilação e de se sentirem diferentes em relação às outras mulheres. Nunes e Neves (1997) concordam com o trabalho de Payne et al. (1996) quando dizem que o tratamento com quimioterapia aumenta a sensação de deformidade corporal destas mulheres.

Oliveira (2000) refere que todas as mulheres entrevistadas no seu estudo referiram que os efeitos da quimioterapia são extremamente penosos, provocadores de mal-estar e com um efeito devastador ao nível físico. Uma minoria das entrevistadas relata-o como mais nefasto que a remoção da própria mama. No topo dos sinais e sintomas manifestados por estas mulheres estão o mal-estar generalizado, as náuseas, os vómitos e os desequilíbrios.

Nunes e Neves (1997) referem que a queda de cabelo, como consequência dos tratamentos com quimioterapia, associada à perda da mama, faz com que a mulher se sinta menos atractiva.

De acordo com um estudo realizado por Baxley (1984), referenciado pelos autores Phipps et al. (1995), a alopecia é sentida por muitos doentes oncológicos como sendo o efeito secundário mais traumático resultante da quimioterapia. Estas conclusões resultaram da aplicação de uma escala de imagem corporal aplicada a uma reduzida amostra de 40 doentes oncológicos que estavam a ser tratados com quimioterapia.

Algumas das mulheres entrevistadas por Oliveira (2000) referem também a experiência de alopecia como algo muito chocante. Algumas destas mulheres invocam-na como mais traumática que a perda da mama, pois não é fácil conseguir escondê-la dos outros.

Oliveira (2000), concluindo acerca do impacto dos tratamentos de quimioterapia na imagem corporal, refere que a maioria das mulheres se queixavam de: a) alopecia, descrita como sendo particularmente dolorosa, quando se penteavam, ou quando tomavam banho; b) sensação de desfiguramento – sobretudo, quando se olhavam ao espelho e viam os seus rostos inchados.

Para Kaplan (1992) a influência da quimioterapia na sexualidade é inquestionável. O autor refere-se a uma influência directa sobre as gonadas e hormonas femininas, e, a uma influência indirecta, manifestada por fadiga, apatia, náusea, vômito, distúrbios do sono e alimentares, e alterações na libido. Reforçando a ideia da influência directa da quimioterapia, Schover (1994) refere que esta leva à perda prematura da função ovárica com consequente dispareunia e inibição do desejo sexual.

Barni e Mondin (1997) mencionam que a disfunção sexual surge, sobretudo, associada aos tratamentos adjuvantes. Os principais problemas identificados são a abstinência sexual, redução do desejo sexual, anorgasmo, dificuldades na lubrificação vaginal, dispareunia, satisfação orgásmica diminuída, perda de interesse pelo parceiro sexual e vaginismo. Os referidos autores (1997) alertam ainda para o facto destas disfunções sexuais se manifestam predominantemente com o início dos tratamentos com quimioterapia, mas, também podem estar relacionados com a cirurgia e/ou radioterapia.

## 9.2 – Radioterapia

Já os tratamentos com radioterapia, segundo Hopwood (1993) são na generalidade dos casos marcantes para a imagem corporal das mulheres que lhe são submetidas. Esta influência negativa sobre a imagem corporal manifesta-se pela mudança de coloração e

textura da pele, atrasos na cicatrização tecidual, entre outras. Oliveira (2000) acrescenta ainda que a radioterapia foi causadora de desconforto relacionado com a alteração de integridade cutânea, manifestada por vermelhidão, queimadura e escoriação. Estas mulheres referem também, que esta provoca dor e algumas dificuldades de mobilização do lado intervencionado, assim como, escurecimento da pele.

Todos estes resultados são corroborados pelo estudo de Payne et al. (1996), quando estes referem que os tratamentos com radioterapia influenciam negativamente a imagem corporal.

Segundo Kissane et al. (2004) a radioterapia é a terapia adjuvante que, embora baixo, tem impacto sobre a função sexual nas mulheres com cancro da mama. Alguns estudos referem que é de 6% a incidência de disfunção sexual aquando do tratamento com radioterapia.

### 9.3 – Hormonoterapia com tamoxifeno

A hormonoterapia utiliza-se em doentes que apresentam receptores hormonais positivos e constitui a primeira forma de tratamento dirigida e individualizada para o cancro da mama. É muito utilizada para o controlo das recidivas da doença.

De acordo com Kissane et al. (2004) alguns dos efeitos secundários mais referidos, pelas mulheres com cancro na mama, sujeitas a tratamento com hormonoterapia são os “calores”, aumento de peso, náusea, letargia, sangramento vaginal e irritabilidade.

O tratamento com tamoxifeno é a terapêutica hormonal mais estudada. Os efeitos colaterais mais sentidos pelas mulheres que se submetem à terapia com o referido fármaco são os “calores” severos, a perda progressiva da libido, a hemorragia vaginal e, em alguns casos, o síndrome depressivo. (Idem, 2004)

Segundo alguns autores, o tamoxifeno provoca algumas descompensações ao nível hormonal, logo, seriam esperadas implicações negativas sobre o desejo sexual.

Kaplan (1992) refere no seu estudo que apenas 3% das mulheres submetidas a tratamento com tamoxifeno interrompem o mesmo devido aos seus efeitos secundários. Estas mulheres queixavam-se, sobretudo, de “secura vaginal”, hemorragia vaginal e atrofia o canal vaginal. Kissane et al. (2004) sublinha, porém, que o tratamento com o referido fármaco não parece ter um contributo muito significativo sobre a disfunção sexual.

A médio e longo prazo a terapia com tamoxifeno parece ter uma relação com a maior propensão para o trombo-embolismo (cerca de uma mulher em cada cem) e para o cancro do endométrio (duas em cada mil) (Idem, 2004).

## **10 – Considerações acerca do tempo decorrido após cirurgia**

Em primeiro lugar, importa referir que foram escassos os estudos que envolvessem especificamente a influência do factor tempo decorrido após a cirurgia sobre as variáveis imagem corporal e/ou satisfação/adaptação/função sexual de mulheres com cancro da mama e sujeitas a cirurgia da mesma.

Julga-se importante referir que a generalidade destas mulheres fazem todo um percurso que passa pela cirurgia e pelas terapias co-adjuvantes. Certamente que têm de atravessar um percurso adaptativo relativamente à sua doença e às alterações ocorridas ao nível do corpo. Supõe-se que esta trajectória condicionará diferentes reacções, reacções essas que devem ter alguma relação com o tempo decorrido após a cirurgia.

Autores e autoras como Hopwood (1993), Batista (1999), Oliveira (2000), Hopwood, et al. (2001), referem que o primeiro ano, após a mastectomia, é um período especialmente crítico, no que respeita à adaptação destas mulheres à sua nova situação. Não esquecer que é justamente nesta fase, para além do aspecto traumático da cirurgia recente, que está normalmente associado o tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia e/ou hormonoterapia. É durante este período de um ano que a generalidade das mulheres se deslocam um maior número de vezes à instituição hospitalar e que necessitam de mais apoio.

Por outro lado, parece existir também consenso entre alguns autores/as relativamente ao facto de que as reacções de ajustamento e aceitação da perda da mama são tardias. Hopwood (1993), Oliveira (2000) e Kissane et al. (2004) sugerem que o ajustamento relativo à alteração da imagem corporal resultante da mutilação pode demorar meses ou mesmo anos. Para estes autores/as, o processo de tomada de consciência de que o esquema corporal mudou não é, de forma nenhuma, imediata. Hopwood (1993) avança mesmo com a noção de que a existência de uma depreciação mais acentuada da imagem corporal, nas mulheres mastectomizadas, deve ser esperada cerca de seis a dez meses após a cirurgia.

No que respeita à adaptação sexual de mulheres sujeitas a amputação cirúrgica da mama e com tumor maligno da mama como patologia de base, um estudo citado por Kissane et al. (2004) acrescenta ainda que no terceiro ano após cirurgia 47% das mulheres inquiridas referem não ter interesse em sexo, 48% revela dificuldade em cuidar da sua imagem, 64% tem problemas na lubrificação vaginal e 52% tem dificuldade em atingir o orgasmo. Importa relevar que, relativamente a este estudo, não é dada qualquer pista acerca de como era a vida sexual e conjugal das mulheres inquiridas anteriormente à cirurgia, porém, outra das suas conclusões foi a de que a satisfação sexual das referidas

mulheres diminuiu. Por fim, sublinha também que a comunicação, sobre questões relacionadas com a sexualidade, designadamente, seus desejos e vontades, aumentou.

---

### ***III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS***

## **1 – Tipo de investigação, questões de partida e objecto de estudo**

No sentido de alcançar os objectivos deste trabalho decidiu-se realizar um estudo do tipo descritivo, analítico e correlacional. Pretende-se descrever as características de determinada população ou fenómeno, e verificar a existência de relações entre as variáveis definidas (apresentadas no capítulo 2), com o objectivo de descrever essas relações.

### **1.1 – As Questões de pesquisa**

Na presente pesquisa pretende-se conhecer a forma como passaram a perspectivar a vida, mulheres com o diagnóstico de cancro da mama, depois da intervenção cirúrgica à mesma. Tenciona-se verificar também se a imagem corporal e satisfação sexual destas é influenciada por variáveis inerentes à vivência pós-cirúrgica, designadamente a idade, a técnica cirúrgica utilizada, as complicações resultantes da cirurgia, o tempo decorrido após a cirurgia e os tratamentos co-adjuvantes. Pretende-se ainda saber se a imagem corporal das referidas mulheres está relacionada com a satisfação sexual. Desta forma, definiram-se as seguintes questões de pesquisa:

Como passaram a valorizar a vida as mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma, em comparação com a forma como a perspectivavam antes da intervenção?

De que forma se relaciona a imagem corporal e a qualidade da satisfação sexual das referidas mulheres, com a idade, a técnica cirúrgica utilizada na intervenção cirúrgica à mama, as complicações resultantes da intervenção cirúrgica, o tempo decorrido após cirurgia e os tratamentos co-adjuvantes?

Qual a relação entre a imagem corporal e a satisfação sexual, em mulheres com neoplasia maligna da mama como patologia de base, e que tenham sido submetidas a amputação cirúrgica da mesma?

O objecto central deste estudo é, em suma, analisar as relações entre a imagem corporal e a qualidade da satisfação sexual, em mulheres com neoplasia maligna da mama como patologia de base, e que tenham sido submetidas a amputação cirúrgica da mesma.

## **2 – Variáveis**

Este ponto do trabalho prende-se com a necessidade de sistematização e explicação das variáveis em análise. Em seguida, serão apresentadas as variáveis, provenientes, sobretudo, do conhecimento adquirido através da revisão da literatura, que parecem influenciar em grande medida a população investigada.

### **2.1 – Variáveis independentes**

#### **Idade**

Esta é uma variável contínua, que foi operacionalizada numa escala intervalar, em anos.

As observações estão classificadas em 4 intervalos de amplitude irregular: mulheres dos 21 aos 45 anos, entre os 46 e os 55, entre os 56 e 65 e com mais de 65 anos de idade (Quadro n.º6).

#### **Técnica cirúrgica utilizada**

Esta variável foi medida numa escala nominal dicotómica, com as categorias:

1. Cirurgia conservadora, que corresponde às mulheres que foram submetidas às seguintes cirurgias – Tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia parcial;
2. Cirurgia não conservadora, que corresponde às mulheres que foram sujeitas a mastectomia radical modificada.

#### **Complicações após a cirurgia**

A referida variável foi medida através de uma escala nominal dicotómica, com as categorias:

1. Surgiram complicações após a cirurgia. A presença de distúrbio psicológico, o aumento de peso e a existência de linfedema, foram as complicações após cirurgia averiguadas com as mulheres inquiridas;
2. Não surgiram complicações após a cirurgia. Nesta categoria encontram-se as mulheres que não apresentam as complicações supracitadas.

#### **Tratamentos co-adjuvantes**

A variável foi medida através de uma escala nominal dicotómica, com as categorias:

1. Faz tratamentos co-adjuvantes. A terapêutica com tamoxifeno, com quimioterapia e radioterapia, foram os tratamentos co-adjuvantes estudados;
2. Não faz tratamentos co-adjuvantes. Nesta categoria encontram-se as mulheres que não se encontram a fazer qualquer tipo de terapêutica co-adjuvante.

### **Tempo decorrido após cirurgia**

Esta variável foi medida numa escala ordinal, em anos.

As observações estão classificadas em 4 intervalos de amplitude irregular: menos de 1 ano, entre 1 e 2, entre 2 e 5 e mais de 5 anos. (Quadro n.º14).

## 2.2 – Variáveis dependentes

Para além da demonstração das variáveis dependentes do estudo, será elaborada, também, uma breve explicação acerca do que cada uma delas pretende avaliar e os *itens* que as compõem. Em seguida, falar-se-á dos três instrumentos de medida que controlam as três variáveis dependentes do presente estudo. São eles a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama, a escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo e a escala de satisfação sexual.

**Vivência após cirurgia.** Esta variável é medida através da escala, a que se atribuiu o nome de escala de vivência após amputação cirúrgica da mama. Esta foi construída com o objectivo de se perceber a maneira como passaram a perspectivar a vida as mulheres com cancro da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma, em comparação com a forma como a perspectivavam antes da intervenção.

A referida escala foi formulada com base no conhecimento teórico, e é constituída por 10 *itens*:

Sente mais vontade de viver

- Dá mais valor ao cônjuge/parceiro;
- Sente mais vontade em estar com a família;
- Dá mais valor ao trabalho;
- Dá mais valor ao dinheiro;
- Sente mais vontade em estar com os amigos;
- Dá mais valor ao papel dos profissionais de saúde;
- Sente mais necessidade de estar ocupada;
- Dá mais valor a estar sozinha;
- Sente mais necessidade de estar na companhia dos filhos.

**Imagem corporal.** Esta variável é medida pela escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo, onde os seus 14 *itens* são englobados em duas dimensões:

1. **Conceito do corpo.** Esta dimensão está relacionada, sobretudo, com a vivência do corpo. Pretende avaliar o valor atribuído ao corpo e aparência no geral. Por outras palavras, e tendo em conta a característica comum às mulheres que participam no presente estudo, isto é, a existência de uma amputação cirúrgica da mama, a dimensão de conceito do corpo avalia a preocupação relativa à aparência (de um corpo à partida “doente”). Os *itens* que a compõem são os seguintes:

- Considera que o corpo é uma expressão do “ser feminina”;
- Considera o corpo importante numa relação entre o homem e a mulher;
- Sente-se capaz de dizer que gosta do seu corpo;
- O seu parceiro gosta do seu corpo;
- Olha com agrado para o seu corpo;
- Valoriza a imagem do seu corpo;
- Procura disfarçar no seu corpo a parte da mama intervencionada.

2. **Percepção do corpo doente.** A preocupação central desta dimensão é captar a mudança da relação com o corpo, proveniente da mutilação e dos tratamentos coadjuvantes. Complementando a dimensão anterior, a dimensão de percepção do corpo tem como principal objectivo avaliar o valor atribuído ao corpo mórbido (doente). Por outras palavras, pretende avaliar a preocupação com a integridade do corpo das mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama. Esta dimensão é composta pelos seguintes *itens*:

- Sente vergonha da sua aparência;
- Sente-se menos atraente fisicamente;
- Sente-se menos feminina;
- Tem dificuldade em olhar para o seu corpo quando está nua;
- Sente-se menos atraente sexualmente;
- Sente que a cirurgia deixou o seu corpo incompleto;
- Sente-se descontente com a aparência da sua cicatriz.

**Satisfação sexual.** Esta variável é medida através da escala, a que se atribuiu o nome de escala de satisfação sexual. A escala foi construída com o objectivo de captar o impacto da cirurgia à mama na qualidade da satisfação sexual. Por outras palavras, pretende-se perceber se, efectivamente, as mulheres sujeitas a uma amputação cirúrgica da mama vivem “hoje” uma sexualidade alterada. Assim, pretende-se conhecer a que níveis, piorou, e/ou melhorou, a satisfação sexual das mulheres inquiridas, depois de sujeitas a uma mutilação.

A escala de satisfação sexual foi formulada com base no conhecimento teórico, e é constituída por 8 *itens*:

- Desejo sexual;
- Excitação sexual;
- Número de vezes que pratica sexo;
- Número de vezes que pratica beijos e carícias com o parceiro;
- Número de vezes que é tocada pelo seu parceiro na região da mama intervencionada;
- Sensação de satisfação ao toque na região da mama intervencionada;
- Comunicação sobre os desejos e vida sexual com o parceiro;
- Número de posições durante o acto sexual.

Importa sublinhar que a referida escala foi inicialmente concebida com dez *itens*. Porém, o conselho de administração do HDS, EPE, na resposta ao pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, manifestou algumas reticências relativamente à utilização de dois dos dez *itens* desta. Assim, Teve que se alterar a escala

de satisfação sexual inicialmente proposta, através da remoção dos dois *itens* propostos. Os *itens* eliminados diziam respeito à alteração da lubrificação vaginal e número de vezes que atinge o orgasmo.

### 3 – Dimensões de análise e hipóteses de investigação

Serão aqui, de seguida, explicitadas as hipóteses de investigação e as dimensões de análise que orientam o desenho desta pesquisa, e que servem de base à estruturação do questionário aplicado às mulheres inquiridas.

#### 3.1 – Hipóteses de investigação

As hipóteses apontam o caminho da procura, fornecem o fio condutor à investigação. De acordo com Quivy e Campenhoudt (2003), a melhor forma para conduzir uma investigação com ordem e rigor é através da formulação de hipóteses.

Todas as questões formuladas advêm dos pressupostos teóricos estudados, do conhecimento empírico, e dos testemunhos resultantes da aplicação do pré-teste. Sublinha-se porém, que as questões que se encontram a **bold/negrito** são as que foram previamente formuladas, isto é, antes da aplicação do questionário à amostra. Porém, sentiu-se a necessidade de acrescentar algumas questões que surgiram a partir dos resultados obtidos da aplicação do questionário.

**Como passaram a perspectivar a vida depois da intervenção cirúrgica à mama?** Como passaram a relacionar-se sócio-familiarmente? Isolam-se mais actualmente? Como passaram a valorizar o trabalho? E os bens materiais?

Qual o valor que atribuem ao corpo e à aparência após amputação cirúrgica da mama? Como passaram a relacionar-se com a alteração da integridade do corpo? Quais as suas principais preocupações a esse nível? **A idade, a técnica cirúrgica utilizada, as complicações resultantes da intervenção cirúrgica, o tempo decorrente após a cirurgia e os tratamentos co-adjuvantes influenciam a imagem corporal? Como se relacionam a imagem corporal e a satisfação sexual?**

**Como se relacionavam com o parceiro antes da amputação cirúrgica da mama?** Qual o impacto da intervenção cirúrgica na conjugalidade, vida sexual e satisfação sexual? Que relação se pode retirar acerca do contributo do parceiro/cônjuge ao nível da adaptação sexual destas mulheres?

**Qual o impacto da amputação cirúrgica da mama na qualidade da satisfação sexual? Será a qualidade da satisfação sexual influenciada pelos mesmos factores que influenciam a imagem corporal – A idade, a técnica cirúrgica utilizada, as complicações resultantes da intervenção cirúrgica, o tempo decorrente após a cirurgia e os tratamentos co-adjuvantes? Quais os factores que parecem influenciar positivamente a qualidade da satisfação sexual? Como passou a ser percebida a sensação de satisfação ao toque na região intervencionada e de que maneira se relaciona com a sensação dolorosa da mesma?**

### 3.2 – Dimensões de análise

Subjacentes às preocupações deste projecto e constituindo a base a partir do qual se elaborou o questionário, as dimensões de análise funcionam também como organizadoras dos conteúdos a abordar ao longo do corpo do texto dos próximos capítulos. Pretende-se, acima de tudo, que as dimensões de análise traduzam as interrogações e que o texto, de análise dos resultados, estruturado a partir delas permita dar a conhecer o que é a condição destas mulheres.

São as seguintes as dimensões de análise e os respectivos indicadores que as compõem:

- Situação perante a doença
  - Tipo de cirurgia utilizada
  - Complicações decorrentes do processo de doença/intervenção cirúrgica
  - Tempo após a cirurgia
  - Terapias co-adjuvantes
- Situação perante o parceiro sexual
  - Parceiro sexual antes da cirurgia
  - Parceiro sexual agora
  - Mudança de parceiro sexual após a cirurgia
- Valor atribuído à vida após a intervenção cirúrgica à mama em comparação com a forma como era perspectivada antes da doença se manifestar
  - Sente mais vontade de viver
  - Dá mais valor ao cônjuge/parceiro
  - Sente mais vontade em estar com a família
  - Dá mais valor ao trabalho
  - Dá mais valor ao dinheiro
  - Sente mais vontade em estar com os amigos
  - Dá mais valor ao papel dos profissionais de saúde
  - Sente mais necessidade de estar ocupada
  - Dá mais valor a estar sozinha
  - Sente mais necessidade de estar na companhia dos filhos
- Relativamente ao valor atribuído ao corpo e à aparência (como se relaciona com o corpo pré-mórbido)

- Considera que o corpo é uma expressão do “ser feminina”
- Considera o corpo importante numa relação entre o homem e a mulher
- Sente-se capaz de dizer que gosta do seu corpo
- O seu parceiro gosta do seu corpo
- Olha com agrado para o seu corpo
- Valoriza a imagem do seu corpo
- Procura disfarçar no seu corpo a parte da mama intervencionada
- Relativamente à crença de que se algo ocorrer com o corpo este não voltará a ficar completo (como se relaciona com o corpo mórbido)
  - Sente vergonha da sua aparência
  - Sente-se menos atraente fisicamente
  - Sente-se menos feminina
  - Tem dificuldade em olhar para o seu corpo quando está nua
  - Sente-se menos atraente sexualmente
  - Sente que a cirurgia deixou o seu corpo incompleto
  - Sente-se descontente com a aparência da sua cicatriz
- Conjugalidade e vida sexual anteriores ao aparecimento da doença
  - Como caracteriza o relacionamento conjugal
  - Utilizava a estimulação das mamas como um meio para se excitar
- Conjugalidade e vida sexual posterior ao aparecimento da doença
  - Contributo da vida sexual para o relacionamento do casal
  - Relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas
- Impacto da cirurgia à mama na qualidade da satisfação sexual
  - Desejo sexual
  - Excitação sexual
  - Número de vezes que pratica sexo
  - Número de vezes que pratica beijos e carícias com o parceiro
  - Número de vezes que é tocada pelo parceiro na região da mama intervencionada
  - Sensação de satisfação ao toque na região da mama intervencionada
  - Comunicação acerca dos desejos e vida sexual com o parceiro
  - Número de posições durante o acto sexual

Note-se que, as dimensões de análise supracitadas serão analisadas tendo em conta a caracterização social das mulheres em estudo.

#### **4 – Instrumentos de colheita de dados**

O questionário é constituído por 26 perguntas (Anexo II). De uma forma geral essas perguntas foram concebidas com o objectivo de caracterizar socialmente a amostra, de permitirem uma visão pormenorizada acerca da situação de doença e perante o parceiro sexual, de facilitarem a análise da percepção da amostra em relação ao valor que atribuem à vida hoje em comparação com a forma como a percepcionavam antes da doença surgir, de possibilitarem a análise da relação com o corpo e aparência, de permitirem analisar

alguns indicadores sobre a vida sexual antes e depois da doença e sobretudo o impacto da cirurgia à mama na qualidade da satisfação sexual destas mulheres.

Relativamente à caracterização social das mulheres da amostra questionou-se acerca da idade, localidade onde reside, nível de escolaridade, situação conjugal antes da cirurgia à mama e actual, número de filhos e idades dos mesmos, situação profissional antes da cirurgia e actual (ou última) e condição perante o trabalho antes da cirurgia e actual (ou última).

Pretende-se caracterizar a situação perante a doença questionando a amostra sobre o tipo de cirurgia a que foram sujeitas; as complicações consequentes da cirurgia e os tratamentos co-adjuvantes que estão a ser submetidas e o tempo decorrente da cirurgia.

Importa relevar que a pergunta relativa ao tipo de intervenção cirúrgica à mama, que podia ser encontrada no pré-teste, deixa de existir no questionário. Lembra-se que, através dos codificadores (ver pág.93) era possível conhecer a que tipo de intervenção cirúrgica a que cada mulher tinha sido submetida. Assim, procedeu-se à remoção da questão referida prevenindo-se, por outro lado, o risco de haver confusões por parte de quem respondeu ao questionário, pois, não era esperado que as inquiridas conhecessem os termos técnicos atribuídos à sua cirurgia. Lembra-se ainda, que este problema não existia aquando da aplicação do pré-teste, pois, estes foram preenchidos por uma enfermeira colaboradora.

Ressalva-se também que a pergunta do questionário relativa às complicações decorrentes da intervenção cirúrgica é diferente da que está no pré-teste. Na verdade, no pré-teste esta pergunta era aberta (a única pergunta aberta de todo o pré-teste). Entretanto, com os resultados obtidos a partir dos testemunhos das mulheres sujeitas ao pré-teste, e através do parecer de médicos/as e enfermeiras do serviço de senologia no sentido de que, engordar, distúrbio psicológico e linfedema, serem realmente as complicações mais frequentes do pós-cirurgia à mama, optou-se por fechar a pergunta no questionário “final” (Anexo II).

No que respeita à situação perante o parceiro sexual pretende-se conhecer sobretudo se estas mulheres tinham parceiro antes da cirurgia, se neste momento têm parceiro sexual e se é o mesmo que antes da cirurgia.

A apresentação dos sub-capítulos seguintes teve como principal preocupação, deixar bem claro ao leitor as fontes de inspiração e o processo de construção dos instrumentos de medida que controlam as variáveis dependentes (baseados na revisão de literatura) e das questões relativas à função sexual e adaptação sexual (baseadas nos testemunhos das mulheres entrevistadas).

#### 4.1 – Escala de vivência após amputação cirúrgica da mama

Com o objectivo de melhor caracterizar o valor que as mulheres da amostra dão à vida hoje, em contraste com a forma como a valorizavam antes da doença se manifestar, elaborou-se um rol de 10 questões/*itens*. Sublinha-se que os referidos *itens* foram elaborados, tendo como principal linha de conta um conjunto de referências teóricas. Referências essas que são, naturalmente, relativas às vivências de mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e submetidas a amputação cirúrgica da mesma; Almeida (1991), Tait (1992), Bona et al. (1997), Cohen et al. (1998), Batista (1999), oliveira (2000), Kissane et al. (2004), Ferreira (2004), Mesquita (2005). As/os autoras/es referidos, quando abordam esta questão, remetem-se geralmente para a influência positiva de alguns factores sobre ela, tais como o apoio do parceiro, de familiares, de amigos e dos filhos, dos profissionais de saúde, sobretudo, no primeiro ano após mastectomia e a necessidade de se manter ocupada, por outro lado, a necessidade de procurar não estar isolada do mundo.

Contudo, importa referir ainda que autoras como Oliveira (2000) e Kissane et al. (2004) mencionam nos seus estudos que, a generalidade das mulheres com cancro da mama e sujeitas a mastectomia passam a apresentar uma maior desvalorização em relação aos bens materiais, designadamente, o dinheiro.

Resumindo, os 10 *itens* formulados para caracterizar o valor atribuído à vida hoje, em contraste com a forma como a valorizavam antes da doença se manifestar, evocam todas as ideias anteriormente referidas, e constituem a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama.

Em seguida, apresenta-se a estimação da consistência interna da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama, com o objectivo de se perceber qual a relação que cada *item* estabelece com o total da mesma.

#### **A estimação de consistência interna alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama**

Todo o instrumento de medida necessita de possuir fidelidade e validade como qualidades; um instrumento de medida necessita, por um lado, de precisão e de constância dos resultados, e por outro, de representatividade do domínio que se deseja avaliar (Fortin 2003).

De acordo com a mesma autora (2003), a fidelidade (consistência) de um instrumento é representada por um valor decimal positivo (0-1) de onde 0,00 é a fidelidade mínima, e 1,00 é a fidelidade máxima.

Hill e Hill (2005) considera que valores de fiabilidade (fidelidade ou consistência interna) inferiores a 0,6 são inaceitáveis; isto é, a aplicação de um teste alpha de Cronbach, a um instrumento de medida, cujo resultado seja inferior a 0,6 (60%) obriga-nos a rejeitar o referido instrumento.

Para a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama obteve-se um valor de alpha de Cronbach de 0,732. Após a análise, *item a item*, delibera-se que o *item* n.º 9, relativo à questão “Dá mais valor a estar sozinha”, apresenta uma baixa correlação com o total da escala tendo, conseqüentemente, um efeito negativo sobre a consistência interna da mesma. Dado o referido facto, decide-se eliminar o respectivo *item*, para efeito de algum cruzamento com o *score* global da escala. Assim, através da remoção do *item* n.º 9, conseguiu-se obter uma consistência interna na ordem dos 80% (Quadro n.º1).

#### 4.2 – Escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo

Esta escala foi elaborada por P. Palhinhas, A. Tapadinhas e J. Ribeiro em 2000. As referidas autoras tentaram construir uma escala com uma preocupação central – a visão holística da mulher. A construção desta apoiou-se em duas escalas de imagem corporal previamente existentes:

1. Subescala de imagem corporal global (Gomes, Viana e Firmino, 1994) – avalia a imagem do corpo em geral;
2. Body image scale (Hopwood, Fletcher, Lee e Ghazal, 2001) – avalia a percepção do corpo mórbido. Foi concebida para ser aplicada a doentes com o diagnóstico de neoplasia maligna.

De acordo com as autoras (2006) os passos dados na construção da escala foram os seguintes:

- 1º. Escolha do conjunto de *itens* a incluir em cada uma das dimensões do instrumento;
- 2º. Tradução dos *itens* da Body Image Scale;
- 3º. Realização do Pré-teste junto da população alvo;
- 4º. Aplicação do instrumento de colheita de dados à amostra em estudo;
- 5º. Realização da análise factorial de cada uma das dimensões do instrumento, para tal procedeu-se à Análise dos Componentes Principais (PCA) dos *itens*;
- 6º. Realização da análise da consistência interna da escala completa, e de cada uma das suas dimensões.

A validação da escala de imagem corporal referida foi realizada numa amostra de 106 mulheres com cancro da mama, com idades entre os 31 e os 76 anos.

A análise da Consistência Interna foi realizada através do cálculo do alpha de Cronbach. Os valores encontrados foram os seguintes:

- Conceito do Corpo com um valor de alpha = 0.75;
- Percepção do Corpo Doente com um valor de alpha = 0.80;
- Escala total com um valor de alpha = 0.79.

As respostas são obtidas através de uma escala tipo *likert*, sob a forma de afirmações, onde se pede à mulher que diga o grau de concordância sentido, em alguns dos aspectos que se consideram importantes relativamente ao seu corpo – como se relaciona com o corpo e como valoriza a sua aparência.

A parte relativa à dimensão de conceito do corpo conta-se na ordem crescente:

- Não Concordo = 0;
- Concordo Pouco = 1;
- Concordo Moderadamente = 2;
- Concordo Bastante = 3.

A dimensão de percepção do corpo doente conta-se na ordem decrescente:

- Não = 3;
- Um Pouco = 2;
- Moderadamente = 1;
- Bastante = 0.

O somatório dos 14 *itens* deverá dar origem a um *score* total que pode variar entre o valor mínimo 0 (zero) e 42. Assim, quanto mais elevado o *score* obtido melhor a imagem corporal da mulher.

De acordo com Palhinhas, Tapadinhas e Gouveia (2006) a escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo poderá ser utilizada como uma escala específica de avaliação da imagem corporal em mulheres perante uma situação de doença aguda ou crónica, em que ocorra amputação de parte do corpo.

#### **A estimação de consistência interna alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo**

Para a estimação do valor da fidelidade da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo utilizou-se mais uma vez o método do coeficiente alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach, tendo-se obtido um alpha global de 0,900 (N=114), podendo ainda ser ajustada de modo a obter um valor de alpha global de 0,927. Assim, a escala de imagem corporal tem uma elevada consistência interna dos *itens* e que se situa nos 90% (Quadro n.º2), podendo ser ajustada aos 93%, com a remoção do “*Item\_14*”. No entanto, a variação verificada é muito pequena e optou-se pela utilização da escala com todos os *itens* incluídos.

Para a estimação da consistência interna das dimensões da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo procedeu-se ao método anteriormente

referido. A dimensão de conceito do corpo apresenta um valor de alpha de 0,713 (N=114). Por sua vez, o valor de alpha relativo à dimensão de percepção de corpo doente é de 0,929 (N=123) (Quadro n.º3).

#### 4.3 – Escala de satisfação sexual

Dada a fraca qualidade das respostas obtidas através da aplicação do índice de satisfação sexual, foi necessário fazer uma pausa na aplicação dos questionários (ver pág.91). Procedeu-se à reformulação das perguntas relativas à satisfação sexual e à construção de um conjunto de novas questões. Para tal, utilizou-se, por um lado, a literatura existente sobre o assunto, e por outro, as anotações da entrevistadora acerca dos testemunhos de 15 mulheres (ver pág.109). Assim, depois de se obter o *feedback* destas mulheres acerca das questões que o índice de satisfação sexual contém, verificou-se que, estas vivem com preocupações, relativas à sua satisfação sexual e vida sexual em geral, bastante diferentes daquelas que eram focadas através dos *itens* do referido Índice. Estas 15 mulheres permitiram, através dos seus testemunhos, que se tomasse consciência das questões, relativas à sua sexualidade, que realmente as preocupam.

Importa referir ainda, que através dos conteúdos, captados a partir da aplicação do índice de satisfação sexual às referidas mulheres, se concluiu que integrar no questionário apenas questões relativas à satisfação sexual seria bastante redutor, pois, certamente que os resultados tornar-se-iam bastante inconclusivos, até para retirar conclusões acerca da própria satisfação sexual destas mulheres.

Resumindo, e concluindo – mais uma vez lembra-se que se está a falar exclusivamente das perguntas/*itens* do questionário relativas à sexualidade –, depois de se perceber as dissemelhanças entre as principais inquietudes das mulheres entrevistadas e os *itens* do índice de satisfação sexual, abandonou-se o referido Índice e procedeu-se da seguinte forma: todos os conteúdos proferidos pelas mulheres que evocassem, exclusivamente, questões relativas à sua satisfação sexual, foram, paralelamente com os assuntos referidos nas principais conclusões dos estudos abaixo citados (autoras/res que estudaram exclusivamente a variável “satisfação sexual”), utilizadas na construção da escala de satisfação sexual (Ver págs.73 e 74). Por sua vez, e dada a existência de outros conteúdos testemunhados, que embora não se relacionassem directamente com a satisfação sexual não poderiam ser desprezados dado o elevado número de mulheres que os evocaram, tiveram de ser formuladas novas questões para além da escala de satisfação sexual. Esses conteúdos diziam respeito à função sexual e adaptação sexual das mesmas. Em seguida estão expostos os conteúdos abordados pelas mulheres, relativamente à sua

função sexual e adaptação sexual, assim como, as respectivas questões formuladas para o questionário:

- Três reportaram-se ao assunto da estimulação das mamas, referindo que esta prática, para elas, nunca tinha sido importante, para a excitação durante o acto sexual. Formulou-se a questão “Antes da doença se manifestar e durante o envolvimento sexual utilizava a estimulação das mamas como um meio para se excitar?”.
- Sete acham que o acto sexual passou a ser muito doloroso para a região da mama, intervencionada cirurgicamente. Formulou-se a questão “Após operação à mama, as relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas para a região do peito/tronco/braço de lado operado?”.

Para a problemática da satisfação sexual das mulheres utilizaram-se os estudos de autoras/es, Cupach e Comstock (1990), Haavio-Mannila e Kontula (1997), Dyers e Demmons (1999), Laumann, Paik e Rosen (1999), Dunn, Croft e Hackett (2000). Os referidos estudos tornaram possível, a compreensão da influência, positiva, de um conjunto de factores sobre a satisfação sexual da mulher:

- Idade jovem, educação de nível superior, prática frequente de relações sexuais (coito) e a obtenção frequente de orgasmos (Haavio-Mannila e Kontula, 1997);
- Comunicação sexual, satisfação no relacionamento conjugal, expressão dos desejos e necessidades (Dyers e Demmons, 1999);
- Satisfação com o relacionamento global, satisfação com a comunicação sexual, diálogo acerca dos desejos, preferências, necessidades e receios (Cupach e Comstock, 1990);
- Educação de nível superior, a inexistência de alterações ao nível da lubrificação vaginal, a existência de um parceiro sexual fixo (Laumann, Paik e Rosen, 1999);
- Frequência da actividade sexual, a inexistência de alterações ao nível da lubrificação vaginal e a obtenção frequente de orgasmos (Dunn, Croft e Hackett, 2000).

No que respeita às questões relativas à satisfação sexual das mulheres com doença oncológica, designadamente, com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma, teve-se como principais autoras/es, Schover (1994), Payne et al. (1996), Barni e Mondin (1997), Batista (1999), Oliveira (2000), Kissane et al. (2004). As principais preocupações, reveladas através dos seus estudos, relacionam-se com o facto de que a satisfação sexual destas mulheres poderá ser particularmente influenciado pela:

- Prática da actividade sexual depois da doença se manifestar (Payne et al., 1996);
- Comunicação sexual (Barni e Mondin, 1997);
- Qualidade da relação do casal antes da doença se manifestar (Barni e Mondin, 1997, e Batista, 1999).

Alguns destes autores/as falam, por outro lado, do forte impacto que a doença e a mastectomia poderá ter na satisfação sexual das mulheres:

- Diminuição da libido e da actividade sexual, assim como, dificuldade em atingir o orgasmo (Schover, 1994, e Batista, 1999);
- Diminuição da lubrificação vaginal (Oliveira, 2000);
- Aumento da comunicação sexual e da partilha de desejos e vontades ao nível sexual (Kissane et al., 2004);
- Aumento da ansiedade sexual e a diminuição do número de posições dada a limitação física provocada pela cirurgia (Batista, 1999).

### **A estimação de consistência interna alpha ( $\alpha$ ) de Cronbach da escala de satisfação Sexual**

Constatou-se que a escala de satisfação sexual tem uma consistência interna na ordem dos 81%, e que não existe nenhum *item*, que retirado permita uma melhoria significativa do índice total. (Quadro n.º4).

## **5 – Procedimentos de colheita de dados e preceitos éticos**

Para facilitar a leitura deste capítulo, assim como, a sua escrita utilizou-se o seguinte arranjo: colega (1) colega (2) colega (3). Estes números entre parêntesis representam três identidades distintas, ambas enfermeiras, porém, com papéis bastante distintos na colaboração que dedicaram a este trabalho.

### **O percurso preliminar à administração dos instrumentos de colheita de dados**

Através de uma colega (1) obteve-se as informações necessárias, embora de uma forma resumida, para a compreensão da organização do serviço de senologia (local onde, à partida, se iria aplicar o instrumento de colheita de dados) do HDS, EPE. A referida colega (1), por sua vez, aconselhou a procura de uma segunda colega (2), a exercer funções no referido serviço e com uma larga experiência profissional junto de mulheres com cancro da mama, referindo que esta certamente se disponibilizaria para ajudar. Assim foi.

Foi marcada uma entrevista informal com a referida colega (2), e esclareceu-se todas as dúvidas relativas à organização do serviço, dinâmicas internas, entre outros pormenores. Da variadíssima informação obtida através da entrevista, seleccionou-se aquela que pareceu fundamental para uma melhor compreensão desta fase do estudo. As consultas às mulheres com diagnóstico de neoplasia da mama decorrem, semanalmente, todas as terças-feiras, durante os períodos da manhã e tarde. Por cada dia de consulta são atendidas cerca de oito mulheres mastectomizadas; todavia, caso a generalidade destas mulheres quisesse participar no estudo, ao fim de pouco mais de quatro semanas, a amostra revelar-se-ia suficiente (cerca de 120 mulheres).

Da referida conversação levantou-se também um problema potencial relativo o sexo do entrevistador. A colega (2) disse que, como o inquiridor é do sexo masculino e, como o conteúdo das questões do inquérito são, na sua generalidade, bastante íntimas, certamente que (dado o conservadorismo da generalidade das mulheres e as grandes reservas relativas

à intimidade), se iriam sentir grandes dificuldades em obter algumas respostas. Todavia, a possibilidade que emergiu da constatação deste facto foi a de que se deveria tentar encontrar uma pessoa do sexo feminino, que estivesse, minimamente, por dentro do assunto em estudo e que, naturalmente, se disponibiliza-se para colaborar. Assim foi.

Teve-se conhecimento de uma colega (3) que até já tinha realizado um estudo com mulheres mastectomizadas para a sua dissertação de licenciatura em enfermagem, e explicou-se o que se pretendia fazer. A colega (3) respondeu prontamente que sim, que estava interessada em colaborar no estudo e que, por ela, poder-se-ia começar o quanto antes. Assim, a nossa colaboradora inteirou-se de todo o questionário. Conversou-se sobre a finalidade de cada questão, sobre os diversos problemas que poderiam advir da aplicação dos inquéritos, designadamente, os resultantes de algum constrangimento sentido pelas mulheres e/ou da dificuldade na compreensão de algumas questões e falou-se sobre as várias reformulações possíveis, durante o acto da aplicação do mesmo, na tentativa de se ultrapassar os referidos problemas. Ficou definido, entretanto, que a recolha de informações através do questionário iria ser realizada por método de inquérito. Porém, a aplicação do mesmo seria feita por via indirecta, isto é, a inquiridora ficaria responsável por preencher o instrumento de colheita de dados a partir das respostas que lhe são fornecidas pela inquirida. Este método tem a vantagem de possibilitar que a entrevistadora reformule as questões que achar necessário (Quivy e Campenhoudt, 2003).

Sublinha-se, porém, que foram feitos dois pedidos formais para a utilização de dois dos instrumentos de medida que compõem o questionário aos respectivos autores. Os instrumentos de que se fala são o índice de satisfação sexual (Tradução e adaptação portuguesa de Jorge Cardoso e Catarina Soares, em 1994) e a escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo (Paula Palhinhas, Ana Tapadinhas e Jorge Ribeiro, em 2000) (Anexo III). Logo após a obtenção dos consentimentos por parte dos referidos autores (Anexo III), elaborou-se um pedido de autorização para a recolha de dados junto das mulheres com neoplasia maligna da mama e submetidas a amputação cirúrgica da mama, ao Conselho de Administração do HDS, EPE (Anexo IV). No mês de Setembro de 2006, iniciou-se o processo de aplicação dos instrumentos de medida (Anexo V) junto das mulheres, seguidas nas consultas da especialidade de senologia.

Importa realçar o elevado desempenho que a colega (2) teve nesta fase do estudo. Esta conseguiu, no fundo, a base para que tudo funcionasse. Disponibilizou um gabinete com excelentes condições para se aplicar o instrumento de colheita de dados. Forneceu informações acerca da situação clínica e perfil psicológico de cada uma das inquiridas (revelando um conhecimento profundo de cada uma das suas pacientes). Teve um papel primordial na persuasão de algumas mulheres mais renitentes em participarem no estudo. Foi altamente eficiente na articulação dos tempos da colega que ia recolhendo os dados

junto das mulheres inquiridas, com a disponibilidade das mulheres e dos respectivos médicos/as. Foi incansável revelando um altíssimo espírito de colaboração, disponibilidade e simpatia.

### **Um triplo problema e as soluções encontradas**

Como foi referido anteriormente, pensou-se em aplicar os instrumentos de colheita de dados nos dias de consulta da especialidade de senologia. Porém, constatou-se rapidamente que seria impossível. Na verdade, o número de mulheres disponíveis para participar no estudo revelou-se muito variável, chegando a ser de uma a duas mulheres por semana. Tendo em conta que seria necessário uma amostra de cerca de 120 mulheres, surgiu um duplo problema. Se por um lado, o número de mulheres inquiridas estava a ser claramente insuficiente em relação às expectativas criadas, por outro, surgia a dúvida relativa à disponibilidade da colaboradora na aplicação dos inquéritos às mulheres (a colega (3) referiu que dificilmente estaria disponível a partir do mês de Fevereiro de 2007).

Até ao início do mês de Outubro obtiveram-se quinze questionários completamente preenchidos, ou seja, menos de metade do número que se gostaria de ter inquirido até então. Procedeu-se, entretanto, a uma primeira análise dos dados recolhidos. Importa referir que todos os quinze questionários foram, no momento do seu preenchimento, alvos de notas, por parte da inquiridora, acerca dos variados conteúdos proferidos pelas mulheres inquiridas.

Entretanto, e paralelamente aos dois obstáculos anteriormente descritos, emerge outro problema. A qualidade das respostas dadas, a uma das escalas do instrumento de colheita de dados – índice de satisfação sexual, estava a revelar-se inconclusiva. Constatou-se que algumas das mulheres se mostraram confusas com os conteúdos de certas questões do Índice. A generalidade das inquiridas, perante *itens* que são uma repetição de conteúdos, respondia de forma diferente. Isto é, não se esperavam respostas, por vezes, radicalmente opostas, entre *itens*/questões, tais como “o sexo para si é divertido”, “a sua vida sexual é excitante” e “o sexo para si é maravilhoso”; ou entre “a minha vida sexual é monótona” e “a minha vida sexual é aborrecida”. Por outro lado, na quase totalidade das mulheres inquiridas verificou-se que, muitas das respostas eram dadas com pouca reflexão. Este facto ficou demonstrado quando se tentou estabelecer algumas comparações entre o antes e após cirurgia. Em catorze das quinze inquiridas as respostas ao antes e o após cirurgia foram exactamente as mesmas.

Importa referir que o índice de satisfação sexual não foi concebido para ser aplicado a pessoas sujeitas a uma mutilação e/ou doença oncológica. Este facto poderá estar relacionado com as constatações anteriormente mencionadas.

Foi justamente nesta fase do estudo que se fez uma pausa. Reflectiu-se acerca das hipóteses em vista, para a resolução dos obstáculos supracitados, sem lesar as principais linhas de força do estudo. Assim, em cerca de quatro semanas reformulou-se o instrumento de colheita de dados. Em suma, foram alteradas as questões acerca da função sexual e satisfação sexual.

Providenciou-se, entretanto, outro pedido de autorização para a aplicação do instrumento de colheita de dados reformulado (Anexo IV).

Retomando a questão da amostra insuficiente. Decidiu-se alargar a aplicação dos inquéritos às mulheres que se deslocavam para as consultas da especialidade de cirurgia geral – a outra especialidade que, para além da ginecologia/senologia, também faz intervenções cirúrgicas à mama. Porém, devido a alguns problemas com a organização destas consultas e, sobretudo, dada a ausência de um espaço físico adequado para conversar com estas mulheres, teve de se procurar um novo método para a colheita dos dados. Ao longo do mês de Novembro preencheram-se quatro inquéritos no serviço de senologia e dois junto às consultas externas de cirurgia geral.

Todavia, sublinha-se ainda que, com a finalidade de se criar um certo clima de confiança e cooperação, contactou-se pessoalmente as/os médicas/os responsáveis pelas doentes dos serviços supracitados, através de uma entrevista informal, prévia à aplicação dos instrumentos de colheita de dados, onde se explicou os objectivos do estudo e o método a utilizar para a colheita de informação. Salienta-se ainda que a informação recolhida seria confidencial e seria mantido o anonimato das participantes. Concluindo, foi assumido o comprometimento relativo à salvaguarda e protecção dos princípios éticos fundamentais para o Ser Humano, o direito à autodeterminação, intimidade, anonimato e confidencialidade, protecção contra o desconforto e o prejuízo, e a um tratamento equitativo.

### **O Correio Postal na base da resolução de todos os obstáculos à aplicação do instrumento de colheita de dados**

Todavia, decidiu-se “arriscar” no envio do questionário por correio postal. Assim, utilizar-se-ia o método de inquérito, mas, desta vez, por administração directa, sendo o próprio indivíduo a preenchê-lo.

Fez-se mais uma solicitação ao Conselho de Administração do HDS, EPE, na qual, se pediu autorização para a utilização de alguns dados pessoais de mulheres submetidas a mastectomia no referido hospital, para o envio dos questionários às mesmas. A resposta foi, mais uma vez, afirmativa (Anexo IV).

Assim, através das informações contidas nos codificadores cedidos pelo HDS, EPE seleccionou-se as mulheres que reuniam os requisitos para serem participantes no estudo.

Importa referir que os codificadores contêm um conjunto de informações, designadamente, número de processo de cada mulher, o diagnóstico, o ano civil em que foram intervencionadas, e o tipo de cirurgia a que foram sujeitas. Assim, e de acordo com os interesses em termos amostrais, foram seleccionados um conjunto de números de processo.

Em seguida, com o recurso a uma secretária de unidade (administrativa) que se disponibilizou para ajudar, e através do número de processo de cada mulher, com relativa facilidade, acedeu-se à morada e número de telefone de cada uma das mulheres.

Entretanto, iniciou-se os contactos telefónicos a cada uma das mulheres. Para tal, foi pedida mais uma vez, e mais uma vez foi concedida, a colaboração da colega (3). Esta contactou telefonicamente cada possível participante no estudo e explicou o âmbito do estudo, os principais objectivos e questões do mesmo, as garantias relativas ao anonimato, entre outras informações.

Passados cinco dias após o envio, por correio postal, dos primeiros dez questionários começou-se a ter o *feedback* desejado, através do reenvio dos mesmos.

Este método revelou-se surpreendentemente eficaz. Foram recebidos 125 questionários de 136 enviados, isto é, cerca de 92% de mulheres que responderam ao questionário reenviaram o mesmo. Dos 125 questionários recebidos, e tendo em linha de conta os critérios de inclusão previamente definidos, teve que se excluir sete.

Contudo, obteve-se 118 questionários que ficaram de acordo com os critérios da pesquisa e os 6 preenchidos no mês de Novembro – dois junto das consultas de cirurgia geral e quatro no serviço de senologia –, perfazendo uma amostra total de 124 mulheres.

Finalizando, a colheita de dados terminou a 20 de Maio de 2007.

## **6 – Técnicas e medidas estatísticas**

Os dados obtidos através do questionário foram tratados e processados através de software informático e estão presentes no capítulo seguinte.

Os programas utilizados para o efeito foram:

- SPSS 13 (Statistical Package for the Social Sciences, versões 13 para Windows) utilizado sobretudo para os cálculos;
- Statistica muito útil para a formatação de gráficos.

No presente estudo utilizou-se:

- Estatística Descritiva – no cálculo de: frequências, médias, modas, medianas, desvios padrão, amplitudes e amplitudes inter-quartil.
- Estatística Inferencial – no cálculo de: Consistência Interna de um instrumento de medida através do alpha de Cronbach, Teste de Normalidade e K-S (Kolmogorov-Smirnov), Coeficiente de Correlação de Spearman, Teste Mann-Whitney para amostras independentes, a Análise de Variância de um Critério (Kruskal-Wallis).

## **7 – Considerações acerca da população, amostra e método de amostragem**

A população trabalhada é constituída pelas mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama, cuja patologia de base tenha sido a neoplasia maligna da mama.

A amostra é constituída por 124 mulheres.

Utilizou-se um tipo de amostragem não probabilística intencional. O principal objectivo para utilização deste tipo de amostragem prende-se com o facto de serem necessárias amostras significativas nos vários factores/variáveis em estudo. Seria impensável, e como exemplo, tentar estabelecer relações/comparações entre mulheres sujeitas a cirurgia conservadora e mulheres sujeitas a cirurgia não conservadora se a representatividade amostral dos dois grupos não fosse garantida. Por outras palavras, definiu-se o número de mulheres a participar no estudo de acordo com as características que se pretendem trabalhar:

- Mulheres de acordo com os intervalos de idade, 21-45, 46-55, 56-66, >65;
- Mulheres cuja intervenção cirúrgica à mama tenha sido muito mutilante (submetidas a mastectomia radical modificada) e mulheres na situação oposta (sujeitas a técnicas cirúrgicas conservadoras);
- Mulheres que tenham contraído alguma patologia ou complicação, após a intervenção cirúrgica, e mulheres cuja intervenção à mama não lhes trouxe quaisquer complicações no seu estado de saúde;
- Mulheres com tempo decorrido após a cirurgia de menos de um ano, entre um e dois anos, entre dois e cinco anos e de mais de cinco anos.

Por sua vez, estabeleceu-se como critérios de inclusão:

- Mulheres que respondam voluntariamente ao instrumento de colheita de dados;
- Que residam no distrito de Santarém;
- Que tenham preenchido todos os itens de caracterização social;
- Submetidas a amputação cirúrgica da mama unilateral;
- Em qualquer estado da doença.

Os dados da amostra foram recolhidos durante os meses de Setembro de 2006 e Maio de 2007.

---

#### ***IV. ESTUDO DA POPULAÇÃO ALVO***

## 1 – As mulheres intervencionadas à mama entre 1995 e 2005

Neste e nos capítulos seguintes tenta-se caracterizar o conjunto das mulheres sujeitas a amputação cirúrgica da mama cuja patologia de base é a neoplasia maligna da mama, que foram intervencionadas e acompanhadas no HDS, EPE, num período de 10 anos. O principal objectivo deste capítulo é a tentativa de caracterizar o mais aprofundadamente possível a população alvo em estudo. Importa relevar que foi impossível conseguir informações, em tempo útil, mais detalhadas acerca do conjunto de mulheres que compõem a população alvo, designadamente, algo que permitisse uma melhor caracterização social das mesmas. Porém, só se conseguiu obter informações, para cada ano civil entre 1995 e 2005, acerca do número de intervenções cirúrgicas efectuadas das técnicas cirúrgicas, dos tipos de cirurgias utilizadas e por fim, as idades das mulheres intervencionada.

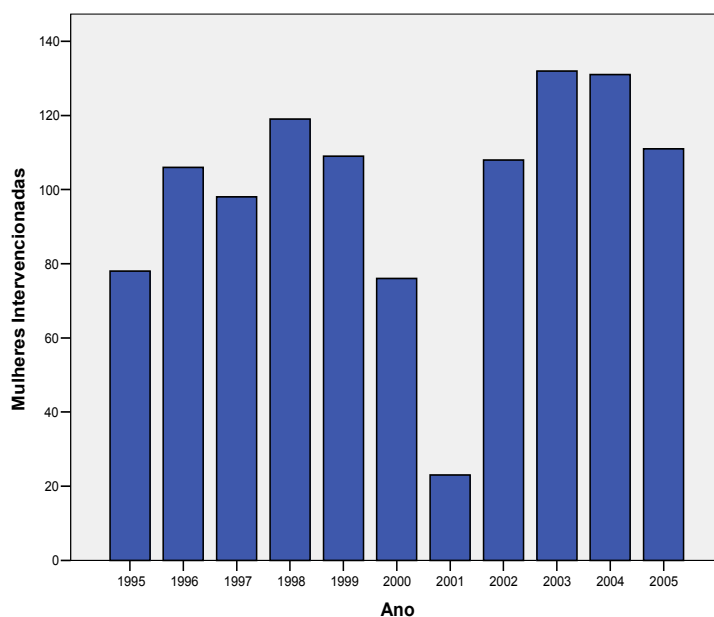


Gráfico A - Número de mulheres intervencionadas por ano civil

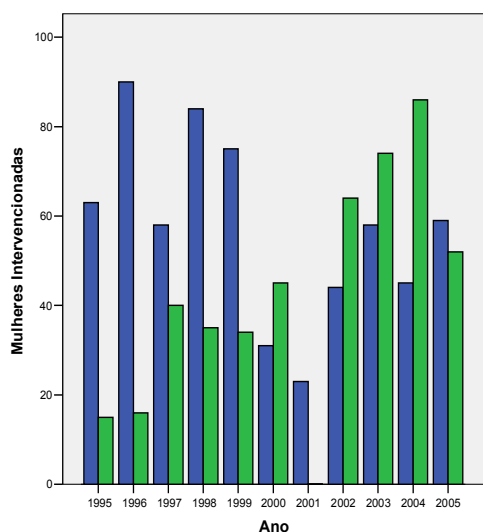
No referido período de tempo o número de mulheres intervencionadas oscilou de ano para ano, ainda que denote uma tendência de crescimento relativamente ao valor do primeiro ano considerado. O valor máximo (132) de intervenções foi atingido em 2003. O ano de 2001 foi o ano em que menos mulheres foram sujeitas a intervenção cirúrgica da mama. A razão para a descida assinalável do número de mulheres intervencionadas à mama, no referido ano, deve-se à falta de registos nos codificadores; verifica-se que não existem quaisquer registos de mulheres que tenham sido sujeitas a mastectomia radical modificada.

Embora muito discreto, e com excepção dos anos 2000 e 2001, é evidente o ligeiro aumento de mulheres submetidas a intervenção cirúrgica à mama, designadamente a partir do ano de 2002. Segundo alguns elementos das equipas das especialidades de ginecologia e senologia, as razões para este facto não são muito claras. Porém, destacam algumas considerações sobre o assunto, tais como:

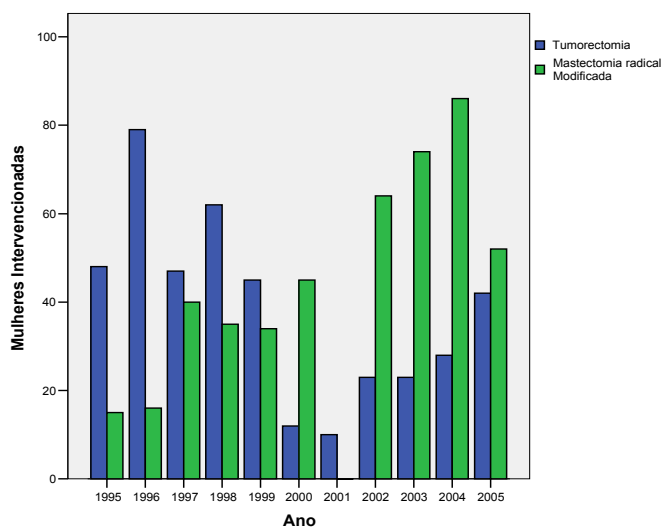
- O alargamento da área de intervenção, ou seja, tem-se vindo a assistir a um aumento do número de mulheres internadas para tratamentos do cancro da mama fora da área de abrangência do HDS, EPE;
- Melhor organização relativa às consultas de *follow-up* e conseqüentemente melhor acompanhamento das mulheres recentemente intervencionadas à mama. Esta justificação prende-se com o facto de que se uma mulher é melhor acompanhada em consulta, após a intervenção cirúrgica à mama, certamente que, aumentam as probabilidades de se antecipar, muitas vezes com uma nova intervenção cirúrgica, uma recidiva.

## 2 – Sobre as técnicas e os tipos de abordagem cirúrgica utilizadas

A média do número de cirurgias conservadoras e não conservadoras, no período de tempo estudado, é de 57.27 e 41.90 respectivamente.



**Gráfico B** - Número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com a técnica cirúrgica utilizada



**Gráfico C** - Número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com o tipo de cirurgia

Entre os anos de 1995 e 1999 houve uma predominância significativa do número de cirurgias conservadoras, comparando com o número de cirurgias não conservadoras.

Do ano 2000 a 2004, com a excepção do ano de 2001 – relembra-se que não existem quaisquer registos relativos à intervenção mastectomia radical –, existe um aumento do número de intervenções não conservadoras, e um número de cirurgias conservadoras que se mantém sensivelmente constante e inferior ao número de intervenções não

conservadoras. As explicações possíveis para este aumento do número de cirurgias não conservadoras serão abordadas em seguida.

Os anos em que há um maior contraste entre o número de intervenções cirúrgicas conservadoras e não conservadoras são o 1995/1996 e 2004. O número de cirurgias conservadoras é quatro vezes superior ao número de cirurgias não conservadoras em 1995 e seis vezes superior em 1996; por outro lado, em 2004 o número de cirurgias não conservadoras é o dobro do número de intervenções cirúrgicas conservadoras.

Numa visão mais global percebe-se que o número de mulheres submetidas a técnicas cirúrgicas conservadoras à mama decresce moderadamente ao longo dos anos estudados. Por sua vez, verifica-se que o número de intervenções cirúrgicas não conservadoras aumenta progressiva e significativamente ao longo do mesmo período de tempo; com excepção para os anos de 2001 (pela razão referida anteriormente) e 2005, onde se afere um equilíbrio entre o número de mulheres submetidas a cirurgia conservadora e não conservadora.

Todavia, parece ser particularmente interessante a comparação entre as mulheres tumorectomizadas – a menos invasiva das intervenções cirúrgicas à mama – e as mulheres submetidas a mastectomia radical modificada – a mais mutiladora –, na medida em que ajuda a complementar/compreender melhor algumas das conclusões retiradas da tabela/gráfico anterior.

No período estudado, e de uma forma geral, as características da distribuição são muito semelhantes às da analisada anteriormente. Porém, parece relevante a sua análise, pois, ficam mais claras algumas dissemelhanças entre os dois tipos de cirurgias, sobretudo, no período de 2001 a 2005. Sublinha-se desde já, que o valor da média do número de mulheres tumorectomizadas é de 38,36 e a de mulheres mastectomizadas é de 41,90.

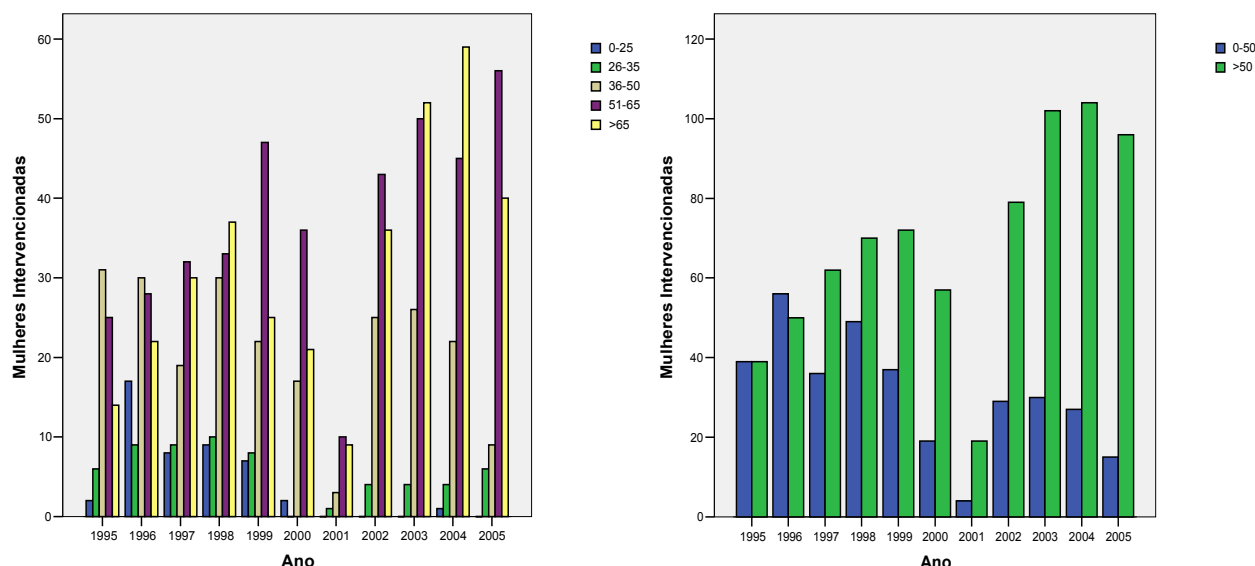
A assimetria entre o número de mulheres tumorectomizadas e as mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada é ainda mais notório, com uma prevalência muito significativa das segundas em relação às primeiras. Por outro lado, a ideia de um aumento progressivo e significativo do número de mulheres sujeitas a tumorectomia parece agora evidente. Segundo a equipa médica do serviço de senologia, o aumento do número de mulheres tumorectomizadas está associado à utilização de um conjunto de novas técnicas de abordagem cirúrgica que permitem uma melhor conservação do tecido mamário; esta constatação parece estar basicamente relacionada com a aplicação de um conjunto de novos conhecimentos tecnológico-cirúrgicos.

Depois de se concluir através da revisão de literatura, e de acordo com um vasto número de autoras/es, que a tendência ao longo dos tempos seria de uma diminuição substancial do número de cirurgias mais mutiladoras e um conseqüente aumento de cirurgias menos invasivas; a constatação do facto referido em parágrafos anteriores (o

aumento progressivo e significativo do número de mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada ao longo do período de tempo analisado) constituiu uma surpresa. O que estaria na base da realidade verificada?

### 3 – Sobre as idades das mulheres intervencionadas à mama

O registo das idades nos codificadores (ver págs. 92 e 93), que foram cedidos pelo HDS EPE, está feito através de intervalos de idade (0-25, 26-35, 36-50, 51-65, >65) a partir do ano 2000. Porém, optou-se por agrupar os dados, entre 1995 e 2005, segundo o mesmo critério, isto é, de acordo com os mencionados intervalos de idade.



**Gráfico D** - Número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com os intervalos de idade

Com vista à simplificação da leitura do gráfico, ao longo dos onze anos civis estudados; decidiu-se encurtar o número de intervalos de idade, optando por subdividir a amostra em dois grupos de idade – mulheres com idades até os 0-50 e mulheres com mais de 50 anos.

Assim, verifica-se que nos anos de 1995 e 1996 existe um equilíbrio no número de mulheres intervencionadas, com idade superior a 50 anos e mais novas, com uma ligeira prevalência neste segundo grupo em relação ao primeiro. As primeiras eram as mais velhas.

Entre 1997 e 2005 constata-se ser o grupo de mulheres mais velhas, o mais sujeito a intervenção cirúrgica à mama.

2003, 2004 e 2005 são os anos onde o contraste entre os grupos de idade é mais acentuado, isto é, os casos de mulheres intervencionadas com mais de 50 anos de idade chega a ser, o triplo, o quádruplo ou o sêxtuplo das mais jovens.

No ano de 1996 encontra-se o intervalo de idade com o maior número de mulheres mais jovens ( $\leq 25$  anos) intervencionadas à mama; este é o único ano civil em que o número de mulheres com mais de 50 anos de idade, sujeitas a cirurgia à mama, é inferior ao das que têm idades inferiores ou iguais a 50 anos. Sublinha-se ainda que em 2004 cerca de 45% das mulheres intervencionadas tinham mais de 65 anos de idade.

Todavia, o valor da média de mulheres com idades inferior ou igual a 50 anos é de 31 e o de mulheres com mais de 50 anos é de 68.18.

#### **4 – As principais conclusões**

Como resumo do que atrás foi dito, pode concluir-se que ao longo do período de tempo estudado existe um discreto aumento do número de mulheres sujeitas a cirurgia da mama. Há uma diminuição moderada do número de mulheres submetidas a cirurgia conservadora; porém, o número de tumorectomizadas aumenta ligeiramente nos últimos anos, designadamente a partir de 2001. O número de mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada (cirurgia não conservadora) aumentou muito significativamente. Há uma diminuição moderada no número de mulheres mais jovens intervencionadas da mama. Por outro lado, o número de mulheres mais velhas (com idades superiores a 50 anos), a serem sujeitas a cirurgia da mama, aumenta muito significativamente. Constata-se ainda que as mulheres submetidas a cirurgia da mama são cada vez mais idosas.

Parece indiscutível que, o factor idade está altamente relacionado com a técnica cirúrgica utilizada na intervenção à mama. Parece evidente, também, que quanto maior é a idade da mulher intervencionada maior a probabilidade dessa mesma mulher ser sujeita a mastectomia radical modificada. Esta constatação leva à relativização da “surpresa” mencionada anteriormente – aumento progressivo e significativo do número de mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada ao longo dos dez anos analisados. Efectivamente, parece que o factor idade se encontra no cerne da decisão terapêutica/cirúrgica. Porém esta suposição é extremamente inconclusiva, para não dizer infundamentada/ilógica. Na verdade, existem outros factores que devem estar na base da referida constatação. Por um lado, a evidência científica aponta para o facto de que as neoplasias malignas da mama em estádios avançados são diagnosticadas, sobretudo, em mulheres com idades avançadas. Por outro, existe outro factor/ideia que foi transmitido por alguns elementos da equipa de senologia, e que se prende com o facto de que existem muitas mulheres, muito particularmente as idosas, que preferem ser sujeitas a uma mastectomia radical modificada mesmo podendo ser submetida a alguma técnica cirúrgica conservadora. A explicação para este facto, de acordo com os mesmos profissionais de saúde, parece estar na

representação de que se for retirada a mama por completo a probabilidade de recidiva da doença diminui; apesar de lhes ser explicado previamente que não existe evidência clínica para uma mastectomia radical modificada. Por sua vez, uma das enfermeiras do mencionado serviço avança com a explicação de que esta representação parece estar ancorada ao facto destas mulheres terem, de alguma forma, convivido com a evolução da doença de outras mulheres (vizinhas, familiares, entre outras) que passaram pela referida experiência.

Contudo, parece importante destacar um conjunto de questões que ficam em aberto. Qual a razão de existirem cada vez mais mulheres e mais velhas a serem intervencionadas à mama? Será que o envelhecimento da população, só por si, explica o aumento progressivo do número de mulheres mais idosas a serem intervencionadas à mama?

O que é que explica o decréscimo do número de mulheres mais jovens intervencionadas à mama? Melhores e mais eficazes campanhas de detecção precoce da doença, e conseqüente diagnóstico numa fase em que a patologia é mais controlável? Melhores cuidados de saúde primários e estratégias de promoção para a saúde (intervenção comunitária), designadamente em articulação com escolas, universidades, entre outras? Maior e melhor intervenção por parte dos órgãos de comunicação social, particularmente através da televisão e rádios? Evolução tecnológica, nomeadamente, com a evolução das ciências médicas? Ou seja, será já um reflexo de uma população mais e melhor informada?

---

## ***V. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS***

## **1 – Preâmbulo: as mulheres submetidas ao pré-teste**

Muito se tem falado, em capítulos anteriores, da análise dos testemunhos das 15 mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e submetidas a amputação cirúrgica da mesma, a quem foi aplicado o questionário “inicial” (Anexo V). Como já foi explicado também (ver pág.91), foi através dos depoimentos destas mulheres, que se chegou à conclusão de que o questionário inicialmente concebido era inadequado, dadas as características da amostra, designadamente nas questões relativas à satisfação sexual. Lembra-se ainda que a aplicação deste inquérito assemelhou-se a uma entrevista. Os testemunhos captados foram produto de uma conversação informal com a inquiridora, acerca das suas preocupações e desejos destas mulheres, sendo ao mesmo tempo objecto de várias anotações. Todavia, foi com base nestes testemunhos que se construiu o presente preâmbulo, justamente por ter sido nessa fase do trabalho que se definiu o caminho mais adequado a tomar, relativamente à construção de um instrumento de colheita de dados. Isto é, um questionário melhor e mais ajustado às características da amostra.

Em primeiro lugar, importa referir que as mulheres apresentam algumas diferenças, ao nível da caracterização social, quando comparadas com as mulheres da amostra, apresentadas nos capítulos seguintes. Este facto poderá estar relacionado com o método de amostragem utilizado, que condicionou a escolha relativa às características das inquiridas motivando, como é óbvio, a referida discrepância ao nível da caracterização social.

O conjunto de mulheres do pré-teste é bastante envelhecido. A média das suas idades é de 61 anos, tendo a mulher mais jovem 54 anos de idade. A maioria delas é residente em Santarém e são maioritariamente detentoras do 1º ciclo completo de escolaridade, casadas e com filho/os. Todas as que são mulheres casadas mantêm-se casadas com o mesmo parceiro. No entanto, existem 6 viúvas, 3 das quais já eram viúvas antes da doença se manifestar. Estas são todas domésticas ou domésticas/pensionistas e são as mais velhas deste conjunto.

Estas 15 mulheres foram, na sua generalidade, submetidas a mastectomia radical modificada, há cerca de 2 anos. 11 delas estavam a ser sujeitas a terapia com tamoxifeno e 2, destas 11, estavam também a ser submetidas a quimioterapia quando do pré-teste.

Só 4 mulheres referem que a cirurgia não lhes trouxe complicações ao seu estado de saúde. Porém, das restantes 11 mulheres, 2 apresentam linfedema, 5 engordaram e 5 referem ter distúrbio psicológico. Sublinha-se que 3 das 5 mulheres que engordaram foram as que apresentaram distúrbio psicológico. Importa relevar que o distúrbio psicológico que estas 5 mulheres testemunharam foi a depressão.

A quase totalidade destas mulheres dá presentemente mais valor à vida. Dois dos testemunhos que partilham desta ideia evocaram o seguinte: “quem esteve tão perto da morte, sabe porque é que dá mais valor à vida”. Esta mulher reportava-se ao facto de que vivia numa rotina imensa no seu quotidiano, que só com o abanão provocado pela doença e consequente cirurgia é que se consciencializou do tempo que já tinha passado por ela e o pouco tempo que poderia ter. Era esse pouco tempo que tinha de vida que a fazia valorizar ainda mais esta “dádiva”. Outra mulher refere algo que se articula perfeitamente com esta sensação de estar a chegar ao final da vida. Esta mulher diz “a gente valoriza sempre o que não temos”. Este testemunho parece evocar duas ideias. Por um lado, existe um discurso com uma tonalidade angustiante de que o fim de vida poderia estar muito perto. Mas, por outro lado, e de certa forma até surpreendentemente, surge a ideia de que se tem de viver cada dia como se fosse o último. Importa referir que a generalidade destas mulheres passou a dar mais valor em estar na companhia da família, filhos e amigos. Todas referem que a ajuda dos profissionais de saúde, designadamente enfermeiros e médicos, foi fundamental.

Relativamente à imagem corporal, denotou-se que existe uma depreciação da mesma, embora ligeira. Estas mulheres referem que os problemas com os seus corpos estão relacionados, sobretudo, com o aspecto físico/aparência. A aparência da cicatriz, o facto de ter engordado, o linfedema, são aspectos referidos como muito importantes para a relação que se pode estabelecer com o próprio corpo. Sublinha-se que, nas mulheres casadas, a opinião do marido acerca do corpo é tido como extremamente importante. As duas mulheres casadas, que referiram que os maridos não gostavam dos seus corpos, são as que apresentam maior depreciação da sua imagem corporal, curiosamente.

As questões relativas à satisfação sexual foram as mais inconclusivas, como já foi mencionado. Foi justamente nesta fase do inquérito que estas mulheres divagaram em torno das questões apresentadas sobre esta matéria. Falaram da dificuldade em atingir o orgasmo, da secura vaginal, que uma atribuiu ao facto de estar a fazer tamoxifeno. A generalidade refere que o desejo sexual se mantém, no entanto, as duas mulheres sujeitas a tratamentos com quimioterapia são da opinião que a vontade de ter sexo diminuiu muito. Importa sublinhar que as mulheres casadas, que consideram que tiveram uma vida conjugal satisfatória antes da cirurgia, continuam a achar que a relação é hoje igualmente satisfatória. Parecem ser estas, as mulheres que aparentam uma melhor adaptação sexual após cirurgia. Contudo, a generalidade das mulheres inquiridas revelam fortes sinais de declínio da qualidade na satisfação sexual, assim como alguns problemas na adaptação sexual, após a cirurgia.

## 2 – As mulheres da amostra a quem foi aplicado o questionário

Os próximos capítulos serão dedicados aos resultados obtidos através da aplicação do instrumento de colheita de dados, a uma amostra de 124 mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mama.

### 2.1 – Caracterização geral destas mulheres

**Tabela n.º1 – Caracterização social das inquiridas**

	n	%
<b>Idade</b>		
21 – 45	22	17,7
46 – 55	52	41,9
56 – 65	36	29,0
≥ 65	14	11,3
<b>Concelho do distrito de Santarém</b>		
Almeirim	10	8,1
Alpiarça	3	2,4
Abrantes	3	2,4
Benavente	4	3,2
Cartaxo	14	11,3
Chamusca	7	5,6
Coruche	3	2,4
Rio Maior	15	12,1
Santarém	36	29,0
Torres Novas	6	4,8
Outros	23	18,5
<b>Nível de Ensino</b>		
Nenhum	6	4,8
1º Ciclo incompleto	16	12,9
1º Ciclo	52	41,9
2º Ciclo	17	13,7
3º Ciclo	11	8,9
10º a 12º ano	12	9,7
Médio/Politécnico	5	4,0
Superior Universitário	5	4,0
<b>Número de Filhos</b>		
Nenhum	8	6,5
Um	31	25,0
Dois	68	54,8
Três	13	10,5
Mais de três	4	3,2

Tabela n.º2 – Situação profissional

	n	%
<b>Situação Profissional aquando da Cirurgia</b>		
Patroa	5	4,0
Por conta própria	16	12,9
Por conta de outrem	53	42,7
Não remunerada	12	9,7
Outra	36	29,0
<b>Situação Profissional actual (Ou Última)</b>		
Patroa	4	3,2
Por conta própria	11	8,9
Por conta de outrem	36	29,0
Não remunerada	13	10,5
Outra	58	46,8
<b>Condição Perante o Trabalho aquando da Cirurgia</b>		
Empregada	67	54,0
Doméstica	33	26,6
Desempregada	9	7,3
Reformada	10	8,1
Doméstica/Pensionista	5	4,0
<b>Condição Perante o Trabalho actual (Ou Última)</b>		
Empregada	36	29,0
Doméstica	28	22,6
Desempregada	9	7,3
Reformada	38	10,6
Doméstica/Pensionista	13	10,5

Tabela n.º3 – Situação face aos tratamentos

	n	%
<b>Técnica cirúrgica utilizada</b>		
Conservadora	63	50,8
Não conservadora	61	49,2
<b>Tipo de cirurgia utilizado</b>		
Tumorectomia	47	37,9
Quadrantectomia	14	11,3
Mastectomia parcial	2	1,6
Mastectomia radical modificada	61	49,2
<b>Complicações após a cirurgia</b>		
Sim	89	71,8
Não	35	28,2
<b>Linfedema</b>		
Sim	31	25,0
Não	93	75,0
<b>Engordar</b>		
Sim	52	41,9
Não	72	58,1
<b>Distúrbio psicológico</b>		
Sim	53	42,7
Não	71	57,3
<b>Regime terapêutico co-adjuvante</b>		
Sim	95	76,6
Não	29	23,4
<b>Tamoxifeno</b>		
Sim	45	36,3
Não	79	63,7
<b>Quimioterapia</b>		
Sim	9	7,3
Não	115	92,7
<b>Radioterapia</b>		
Sim	54	43,5
Não	70	56,5

A média das idades das mulheres inquiridas é de cerca de 54 anos. A mulher mais jovem tem apenas 29 anos de idade, em contrapartida a mais velha tem 80 anos (Quadro n.º5). Das mulheres que compõem a amostra, a maioria, que representa cerca 42%, situa-se entre os 46 e os 55 anos de idade. Observou-se 29% do total de mulheres inquiridas entre os 56 e os 65 anos. No entanto, existem aproximadamente 18% de mulheres com idades compreendidas entre os 21 e os 45 anos, e 11% com idade superior a 65 anos (Tabela n.º1).

### **A localidade onde residem e o nível de ensino mais elevado que completaram**

Cerca de 30% das mulheres inquiridas reside no concelho de Santarém. Os concelhos de Rio Maior, Cartaxo e Almeirim surgem, também, fortemente representados com cerca de 12%, 11% e 8% do total de mulheres inquiridas, respectivamente. As mulheres dos concelhos de Chamusca e Torres Novas, embora em menor número, são 6% e 5% do total de mulheres, respectivamente. Com uma representatividade inferior a 3% surgem as mulheres de concelhos de distrito como, Alpiarça, Abrantes, Coruche, entre outros (Tabela n.º1).

Relativamente ao nível de ensino constata-se que a maioria, cerca de 42% das mulheres inquiridas, apresenta o 1º ciclo completo, isto é, o 4º ano de escolaridade completo. No que respeita às minorias inquiridas, observa-se que as mulheres sem qualquer escolaridade, as detentoras de Curso Médio/Politécnico e Curso Superior Universitário, representam aproximadamente 5%, 4% e 4% do total de mulheres, respectivamente (Tabela n.º1). Verifica-se, portanto, que na amostra estudada existe apenas cerca de 17% de mulheres com um nível de escolaridade superior à escolaridade mínima obrigatória, consagrada na Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei n.º46 de 14 de Outubro).

Importa relevar que as seis mulheres iletradas que participaram no estudo, aquando do contacto telefónico, responderam prontamente que apesar de não saberem ler nem escrever tinham alguém que as poderia ajudar a preencher o questionário. No entanto, foi-lhes explicado que não seria conveniente que essa ajuda fosse dada pelo parceiro/cônjuge, pois algumas das questões envolviam o mesmo. Segundo as mesmas, esta condicionante não era um problema dado que a ajuda iria ser concedida por parte da filha (em quatro delas) e vizinha (as restante duas mulheres).

### **Os filhos**

Observou-se que mais de metade das mulheres inquiridas têm dois filhos (cerca de 55%) e que 25% do total das mulheres que compõem a amostra têm um filho. Mulheres sem

qualquer filho, com três e com mais de três filhos representam-se em cerca de 7%, 11% e 3%, respectivamente (Tabela n.º1). Porém, 1,8 é o valor médio do número de filhos da amostra, muito próxima, portanto, do valor da média portuguesa.

Os valores da média, assim como, da mediana das idades dos filhos das mulheres inquiridas é de cerca de 27 anos, para um desvio padrão de aproximadamente 10 anos de idade. Constata-se também, que a idade do filho mais novo da amostra de mulheres é de apenas 2 anos de idade e o mais velho 55 anos. A moda situa-se nos 33 anos de idade (Quadro n.º8).

### **A situação profissional e a condição perante o trabalho**

Relativamente à situação profissional aquando da cirurgia verifica-se que existia uma maioria significativa de mulheres trabalhadoras por conta de outrem (aproximadamente 43%), por outro lado, observa-se uma minoria de patroas (4%). Com uma representação de cerca de 13% e 10% do total de mulheres da amostra encontram-se as que trabalhavam por conta própria e as não remuneradas, respectivamente. Cerca de 30% consideram que pertenciam à situação profissional categorizada como *outra*.

Actualmente, e quando comparadas com a situação profissional aquando da cirurgia, as trabalhadoras por conta de outrem continuam a ser as mais representadas; no entanto, o número de mulheres nesta situação profissional diminuiu substancialmente (de 43% para 29%). Por sua vez, verifica-se um aumento muito significativo de mulheres que se fazem representar na situação profissional categorizada como *outra* (de 29% para 47% aproximadamente). As mulheres que trabalham por conta própria tiveram uma discreta diminuição no seu número (cerca de 13% para 9%). As situações profissionais de patroa e de não remunerada mantêm idêntica representação numérica passando de cerca de 4% para 3% e de 10% para 11%, respectivamente (Tabela n.º2).

No que respeita à condição perante o trabalho das mulheres estudadas aquando da cirurgia à mama constata-se que mais de metade estavam empregadas (54%) e cerca de 27% eram domésticas. As inquiridas na condição de reformada, desempregada e doméstica/pensionista representavam aproximadamente 8%, 7% e 4% do total da amostra, respectivamente.

Actualmente, denota-se uma diminuição para cerca de metade, no número de mulheres empregadas. Em contrapartida, o número de reformadas quase quadruplicou. As mulheres que eram desempregadas continuam desempregadas. O número de domésticas diminui discretamente, contrastando com o aumento, igualmente discreto, do número de mulheres domésticas/pensionistas (Tabela n.º2).

Importa referir que as considerações acerca da situação conjugal serão apresentadas no capítulo “Relacionamento conjugal do casal anterior à cirurgia e a satisfação sexual actualmente”. Optou-se por desenvolver este assunto neste capítulo, pois, a sua análise parece ter mais sentido se for consubstanciada com a situação com o parceiro sexual (antes da intervenção cirúrgica e actualmente), função sexual, relação conjugal anterior à cirurgia, e qualidade da satisfação sexual; informações essas que só serão abordadas a partir do referido capítulo.

### 2.1.1 – Situação perante a doença

Das 124 mulheres estudadas 51% foram sujeitas a técnicas cirurgias conservadoras e as restantes, submetidas a técnica não conservadora, isto é, a mastectomia radical modificada. Relativamente às 63 mulheres (51% do total da amostra) sujeitas a técnicas conservadoras verificou-se que cerca de 38% são tumorectomizadas, 12% quadrantectomizadas e as restantes 2% foram submetidas a mastectomia parcial (Tabela n.º3).

No que respeita ao factor complicações após a cirurgia constatou-se que cerca de 72% apresentam alguma complicação decorrente da cirurgia à mama e 28% não revelam qualquer agravamento do seu estado de saúde como consequência do tratamento cirúrgico à mama. Estes resultados são reveladores de níveis de morbilidade, provenientes da cirurgia, bastante elevados. Assim, das 89 mulheres (72%) mencionadas, cerca de 43% refere ter desenvolvido distúrbio ao nível psicológico, 42% engordou e 25% apresentam linfedema (Tabela n.º3). Sublinha-se ainda, o facto de existirem algumas mulheres com mais do que uma das referidas complicações pós-cirúrgicas.

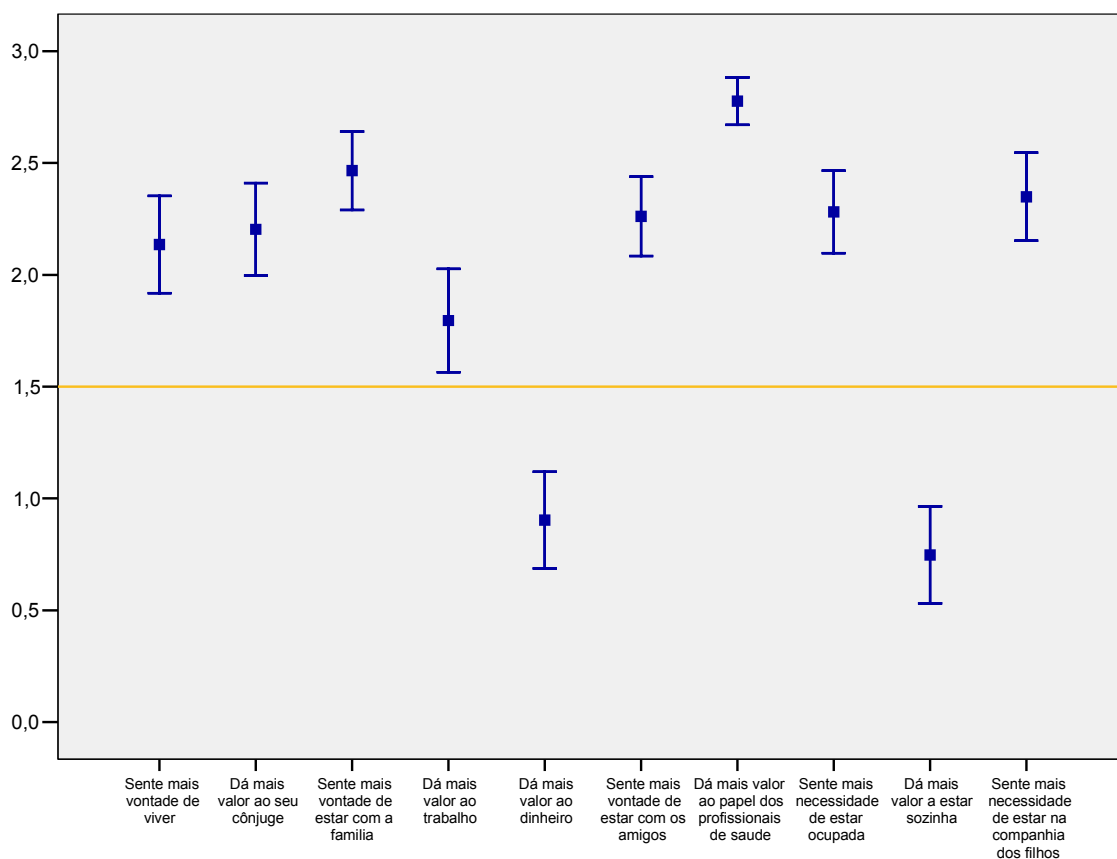
Verificou-se que o valor da média relativa ao factor tempo decorrido após a cirurgia é de aproximadamente 4 anos. Observou-se 1 caso em que a mulher foi intervencionada há cerca de 3 meses, em contrapartida existe uma mulher cujo tempo decorrido após cirurgia foi de 13 anos (Quadro n.º13). Cerca de 26% das mulheres que compõem a amostra foram intervencionadas à mama há menos de 1 ano. Entre 1 e 2 anos cerca de 17%. No intervalo de 2 a 5 anos encontra-se a maioria, com uma representatividade de 31 %. Por último, com mais de 5 anos de tempo decorrido após a cirurgia existem cerca de 27% do total de mulheres inquiridas (Quadro n.º14).

No que respeita às terapias co-adjuvantes, onde se destacam a quimioterapia, radioterapia e terapia com tamoxifeno, constatou-se que cerca de 77% das mulheres que compõem a amostra são sujeitas a algum tratamento co-adjuvante. A evidência da elevada incidência do número de mulheres a serem sujeitas a terapias co-adjuvantes leva à

confirmação da elevada pertinência do seu estudo. Das 95 mulheres (77%), 45 (cerca de 36%) está a ser sujeita a terapia com tamoxifeno, 9 (cerca de 7%) faz quimioterapia e 54 (cerca de 45%) são sujeitas a radioterapia. Importa relevar, porém, que destas 95 mulheres, sete estão a ser submetidas a dois tratamentos diferentes, e três estão a ser sujeitas a todos os tratamentos (Tabela n.º3).

## 2.2 – Sobre a valorização da vida após amputação cirúrgica à mama

Depois de serem dadas a conhecer algumas características gerais das mulheres a quem foi aplicado o questionário, interessa agora, perceber também, como é que estas percebem e valorizam as suas vidas hoje, em comparação com a forma como era perspectivada antes da doença se manifestar. Para esta análise utilizou-se a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama.



**Gráfico n.º1:** Tendência das respostas aos *itens* da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama

O gráfico n.º1 que se segue permite a visualização da tendência das respostas da amostra aos *itens* da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama. Sublinha-se

que a linha longitudinal que aparece no referido gráfico, apresentada a cor-de-laranja, representa a *resposta neutra* à escala aplicada. Relembre-se que a escala tem pontuação de 0 (zero) a 3 onde 0 (zero) equivale à resposta “não concordo” e 3 a “concordo bastante”, consequentemente o valor da *resposta neutra* é de 1,5, situando-se entre as respostas “concordo pouco” e “concordo moderadamente”.

Numa visão global, a generalidade das mulheres parece dar mais valor à vida hoje do que antes da doença se manifestar. Os *itens* que questionam o valor atribuído ao dinheiro e ao estar sozinha revelaram-se os menos pontuados, apresentando valores inferiores à *resposta neutra* da escala. Assim sendo, a média dos *scores* das referidas respostas situam-se entre o “não concordo” e o “concordo pouco”, revelando que as mulheres que compõem a amostra, de uma forma geral, depois de passarem pela experiência de doença grave, parecem admitir uma desvalorização maior relativamente aos bens materiais (dinheiro) e a ter passado a rejeitar o isolamento social. O *item* “dou mais valor ao trabalho” situa-se próximo da *resposta neutra*. Julga-se que a amostra atribui hoje a importância ao trabalho que concedia antes da doença se manifestar. Porém, numa análise mais aprofundada às tendências das respostas a estes três *itens*/factores obtiveram-se conclusões muito interessantes, que serão analisadas em seguida.

#### **A necessidade de trabalho e ocupação das mulheres com idades entre os 46 e os 55 anos**

Embora a média do total da amostra, relativamente ao valor atribuído ao trabalho, tenha uma tendência ligeiramente positiva, no grupo das mulheres entre os 46 e os 55 anos observa-se uma hiper-valorização atribuída ao mesmo. Com efeito, cerca de dois terços destas 56 mulheres refere que, dá hoje mais valor ao trabalho que antes da doença se manifestar. Esta constatação poderá estar associada a vários factores. Pensou-se que a valorização do trabalho poderia estar relacionada com o facto de se sentirem úteis, de se libertarem do peso da solidão e de ser justamente nestas idades que a maioria dos filhos saem de casa. Segundo estas ordens de ideias, parece que este conjunto de mulheres passou a valorizar mais o trabalho como forma de compensar a solidão sentida e de se continuarem a sentir úteis. Esta conclusão é confirmada pelo cálculo da correlação de Spearman entre o factor “dá mais valor ao trabalho” e o factor “sente mais necessidade de estar ocupada”, nas mulheres com idades entre os 46 e 55 anos, verificando-se a existência de uma relação linear muito forte, positiva e muito significativa ( $r=0,522$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º16).

### **As necessidades das mães *versus* as necessidades dos filhos**

A correlação entre os factores “sente mais necessidade de estar ocupada” e “dá mais valor ao trabalho” mostram que, nas mulheres com filhos com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos (justamente as idades em que a probabilidade dos filhos já terem saído de casa aumenta), constata-se que a referida relação é ligeiramente mais forte, ao ponto de que uma das variabilidade de uma explicar a variabilidade da outra em cerca de **28%** ( $r=0,533$ ;  $p=0,000$ ;  $r^2=0,284$ ) (Quadro n.º17).

Todavia, ainda se colocou a hipótese de que uma valorização aumentada em relação ao trabalho pudesse estar associada ao aumento da valorização do dinheiro, ou seja, que a relação entre o trabalho e o dinheiro se estabelecesse com base na necessidade do momento – precisar de trabalhar mais, pela necessidade de ter mais dinheiro. Esta noção tem toda a lógica, se for pensada num contexto em que os filhos saem de casa para prosseguir os seus estudos, por exemplo. A sobrecarga no orçamento familiar, que uma mudança deste género possa trazer – através do pagamento do próprio curso, propinas, uma eventual mudança de residência, entre outros –, poderia ser suficiente para os pais, neste caso específico a mãe, passarem a valorizar mais o trabalho por necessitarem de mais dinheiro. Esta hipótese é efectivamente confirmada pelo cálculo da correlação de Spearman entre o factor “dá mais valor ao trabalho” e o factor “dá mais valor ao dinheiro”, nas mulheres com filhos com idades entre os 18 e os 25 anos ( $r=0,321$ ;  $p=0,043$ ) (Quadro n.º17).

Importa referir que a correlação entre os referidos factores, aumenta ainda mais quando se fala de mulheres com filhos menores de 18 anos, e deixa de existir quando se fala de mulheres com filhos com idades superiores a 25 anos. Para se ter ideia da fortíssima correlação que se estabelece entre os factores mencionados, em mulheres com filhos menores de idade, veja-se o valor do coeficiente de Correlação de Spearman encontrado:  $r=0,549$ ;  $p=0,000$  (Quadro n.º18).

No entanto, não se pode negar, através do *score* obtido das correlações apresentadas no referido quadro n.º18, que a relação entre o valor atribuído ao trabalho e a necessidade em estar ocupada, suplanta a relação estabelecida entre o valor atribuído ao trabalho e o valor atribuído ao dinheiro.

Todavia, quando se averiguam as relações entre estes três factores, no grupo das mulheres que têm pelo menos 1 filho em cada um dos intervalos de idade analisados, isto é, pelo menos 1 filho com idade inferior a 18 anos, e com pelo menos 1 filho com idades entre os 18 e os 25 anos, as dúvidas que poderiam permanecer esbatem-se completamente.

Estas sete mulheres têm preocupações claramente diferentes quando comparadas com a generalidade das mulheres anteriormente descritas, ou melhor, preocupações eventualmente iguais, contudo, preocupações que se apresentam de uma forma muito diferente. As relações estabelecidas entre a valorização atribuída ao trabalho e o sentir-se ocupada são completamente volúveis neste grupo de mulheres. Uma das certezas que estas mulheres parecem ter é a de que sem trabalho e conseqüentemente sem dinheiro não conseguem ter uma vida economicamente estável. Esta dedução tem como base a análise das correlações estabelecidas entre a valorização atribuída ao trabalho, ao dinheiro e à necessidade de estar ocupada. Parece que estas mulheres deixam de pensar/sentir o trabalho como algo que as ajudará a manter-se ocupadas, e passam a valorizar o trabalho pelo facto de lhes aumentar a probabilidade de ter mais dinheiro. O coeficiente de correlação de Spearman não deixa quaisquer equívocos. A relação entre o valor atribuído ao trabalho e a necessidade de se manter ocupada apresenta um  $r=0,668$ ;  $p=0,101$ , logo não é significativa; por sua vez, a relação que se estabelece entre o valor atribuído ao trabalho e ao dinheiro revelou-se muito significativa ( $r=0,939$ ;  $p=0,002$ ) (Quadro n.º19), onde uma das variáveis explica a variabilidade da outra em cerca de 88% ( $r^2=0,884$ ). Sublinha-se que apesar de se estar a falar de 7 mulheres apenas, não é possível ficar alheio ao facto de que 4 destas valorizarem bastante o trabalho e valorizarem moderadamente o dinheiro.

Retomando a análise do gráfico n.º1, verifica-se que os *itens* que revelam os *scores* mais elevados são: “dou mais valor ao papel dos profissionais de saúde” e o “sinto mais vontade em estar com a minha família”. Não esquecendo que o *score* mínimo e máximo, da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama, é de 0 e 3 respectivamente, rapidamente se constata que os *itens*, relativos à vontade de viver, ao valor atribuído ao parceiro, à vontade de estar na companhia dos amigos e filhos e à anteriormente mencionada necessidade de se manter ocupada, apresentam *scores* igualmente elevados, em que a média ronda os 2,2, situando-se entre as respostas “concordo moderadamente” e “concordo bastante”. Todavia, existem algumas questões, resultantes da exploração mais profunda das respostas alguns dos referidos *itens* da escala, que se devem sublinhar.

#### **A valorização relativa às relações sociais e familiares versus a necessidade de isolamento**

Dos cruzamentos exploratórios, surge um conjunto de relações entre os *itens* que evocam as relações sociais e familiares. Os *itens* de que se fala são: “dá mais valor ao seu parceiro”, “sente mais vontade em estar com a minha família”, “sente mais vontade de estar com os seus amigos”, “sente mais necessidade de estar na companhia dos seus filhos” e “dá mais valor em estar sozinha”.

Na verdade, constatou-se que a vontade/necessidade em estar na companhia do parceiro, família, filhos e amigos está fortemente e positivamente relacionada – com excepção para a correlação entre os factores “dá mais valor ao seu parceiro” e “sente mais vontade de estar com os seus amigos”. Como se pode verificar a partir do cálculo da correlação de Spearman entre os referidos factores (Quadro n.º 20).

Paralelamente a esta constatação verificou-se outra correlação de elevado interesse. Na verdade, do conjunto de mulheres que valorizam a presença dos filhos, parceiro, familiares e amigos, nas suas vidas, também se observa uma vontade de viver, hoje, superior à vontade de viver antes da doença surgir. Esta constatação confirma-se através dos valores dos coeficientes de correlação de Spearman, onde se verifica uma relação linear forte, positiva e muito significativa entre o factor “sente mais vontade de viver” e os factores “dá mais valor ao seu parceiro” ( $r=0,476$ ;  $p=0,000$ ), “sente mais vontade de estar com a sua família” ( $r=0,395$ ;  $p=0,000$ ), “sente mais vontade de estar com os seus amigos” ( $r=0,374$ ;  $p=0,000$ ) e “sente mais vontade de estar na companhia dos seus filhos” ( $r=0,378$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º 20). Este facto poderá indicar os efeitos positivos do apoio familiar. O valor atribuído à vida e à vontade de viver, após uma situação de doença grave, poderá estar aumentado pelas fortes relações encontradas com as variáveis parceiro, amigos, filhos, família. Julga-se aceitável concluir que o efeito positivo que um cônjuge, que uma família, que os amigos, que os filhos, poderão confluir numa mudança na percepção relativa à valorização que se atribui ao facto de se estar vivo. Concluindo é interessante verificar os efeitos que um forte suporte sócio-familiar pode ter numa visão mais optimista sobre o existir.

Em contrapartida, existe um conjunto de mulheres, cerca de 22% do total da amostra, que “valorizam” o isolamento. Estas mulheres revelam uma depreciação das relações sociais e familiares. Resumindo, este conjunto refere, através das respostas dadas ao questionário, uma desvalorização marcada relativamente à eventual relação que estabelece com a família, amigos, e por outro lado, privilegiam o isolamento, assumindo uma postura de fechamento em relação ao “exterior”. Esta constatação é confirmada pelos valores dos coeficientes de correlação de Spearman, verificando-se a existência de uma relação linear moderada, negativa e significativa entre o factor “dá mais valor em estar sozinha” e os factores “sente mais vontade de estar com a sua família” ( $r=-0,194$ ;  $p=0,031$ ) e “sente mais vontade de estar com os seus amigos” ( $r=-0,182$ ;  $p=0,044$ ) (Quadro n.º20). No entanto, não foi fácil encontrar explicações satisfatórias para este facto, através da informação contida nos questionários. Das mulheres que se enquadram neste perfil (22% do total da amostra), cerca de metade confirma que está hoje mais gorda que antes da doença se manifestar. Paralelamente a esta constatação, verificou-se também, que estas (22%) sentem, hoje, menos vontade de viver comparativamente com o período anterior à doença. Dados

corroborados pelo coeficiente de Correlação de Spearman que revela a existência de uma relação linear moderada, negativa e significativa entre o factor “dá mais valor em estar sozinha” e os factores “sente mais vontade de viver” ( $r=-0,183$ ;  $p=0,042$ ) (Quadro n.º20). Resta saber, contudo, se os factores obesidade e a menor vontade de viver terão, efectivamente, o peso que parecem ter, na qualidade das relações sociais e familiares destas mulheres.

No sentido de se aprofundarem as relações entre a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama e os restantes factores que compõem o instrumento de colheita de dados realizaram-se vários cruzamentos. Para tal, foi previamente calculada a normalidade da distribuição dos *scores* das respostas aos *itens* que compõem a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama.

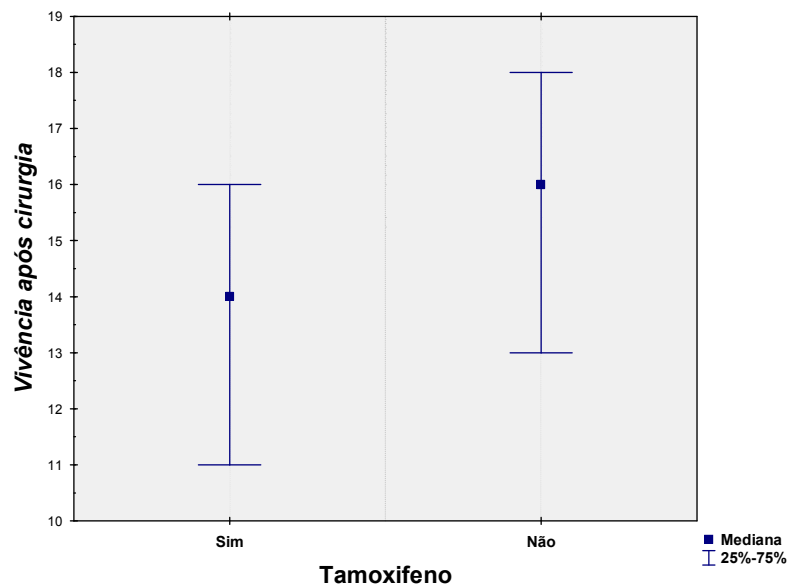
#### **Averiguação da normalidade da distribuição dos *scores* das respostas aos *itens* da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama**

Julga-se pertinente apresentar o cálculo do teste de normalidade da distribuição dos *scores* das respostas aos *itens* que compõem a escala de vivência após amputação cirúrgica da mama, dado que este é fundamental para a tomada de decisão acerca do tipo de metodologia estatísticas a utilizar ao longo do referido capítulo/sub-capítulos. Utilizou-se o teste de kolmogorov-smirnov para testar a referida distribuição (Quadro n.º21). Este teste adequa-se particularmente bem para análises a amostras superiores a 50 casos. Assim, testou-se a hipótese nula ( $h_0$ ): a distribuição das amostras é igual à distribuição normal ( $h_0$ ).

Quando se analisa a normalidade da variável em estudo verifica-se que as respostas aos *itens* desta não seguem uma distribuição normal. como a exigência de que a distribuição amostral seja do tipo normal é um dos requisitos (fortin, 2003 e maroco, 2005) de um conjunto de metodologias estatísticas, genericamente designadas por *métodos paramétricos*, teve que se optar pelos *métodos não paramétricos* para testar as hipóteses em estudo.

#### **A influência do tratamento com tamoxifeno na mudança de percepção sobre a vida**

Os/as autores/as consultados referem que a ingestão de hormonoterapia com tamoxifeno reflecte-se ao nível da descompensação hormonal, logo, são esperadas implicações negativas sobre a função sexual, designadamente no desejo sexual. Dos cruzamentos exploratórios efectuados só se observaram diferenças estatisticamente significativas na forma como estas mulheres vêem a vida hoje, em função da ingestão do referido fármaco.



**Gráfico n° 2:** Distribuição da variável vivência após cirurgia em função do factor "terapia com Tamoxifeno"

Através do cálculo do teste Willcoxon-Mann-Whitney para dois grupos independentes – mulheres que estão a ser submetidas a terapia com tamoxifeno e mulheres que não estão a ser sujeitas ao mencionado medicamento – verificaram-se os seguintes resultados:  $U=846,00$ ;  $W=1626,00$ ;  $p=0,006$  (Quadro n.º22). Este resultado é de certa forma inesperado na medida em que a generalidade da fundamentação teórica consultada, acerca da influência do referido fármaco sobre quotidiano de quem se lhe submete, apontar para o facto de que os seus efeitos secundários são mínimos e habitualmente a influência que tem é ao nível da função sexual. Assim, no conjunto de mulheres que responderam a todos os *itens* da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama, 41 foram submetidas a terapia com tamoxifeno e parecem apresentar uma percepção mais pessimista em relação à vida, quando comparadas com as 67 mulheres que não estão a ser sujeitas ao referido fármaco.

### 2.3 – Contributo para uma melhor compreensão da relação com o corpo mórbido e pré-mórbido

O ponto de partida para a elaboração deste capítulo foram os *scores* das respostas, proferidas pelas mulheres que compõem a amostra, aos *itens* da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo. Através da análise dos *scores* das referidas respostas será feita uma tentativa de caracterização da relação estabelecida entre as mulheres estudadas e os seus corpos e aparência. Aprofundando um pouco mais, poder-se-á dizer que as principais linhas de força do presente capítulo são, por um lado, a pretensão

de conhecer o valor que estas mulheres atribuem ao corpo e à aparência em geral – conceito do corpo – e a preocupação que manifestam relativamente à integridade do corpo – percepção do corpo doente –, por outro, analisar a eventual influência de um conjunto de dos factores, idade, técnica cirúrgica utilizada, complicações resultantes do processo cirúrgico, tempo decorrente após a cirurgia e tratamentos co-adjuvantes, sobre a imagem corporal em geral e respectivas dimensões em particular.

### **Averiguação da normalidade da distribuição dos scores das respostas aos *itens* da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo**

Deliberou-se apresentar no início do presente capítulo o cálculo do teste de normalidade da distribuição dos *scores* das respostas aos *itens* que compõem a escala de imagem corporal – que controla a variável imagem corporal. Utilizou-se mais uma vez o teste de kolmogorov-smirnov para testar a referida distribuição (Quadro n.º21).

Quando se analisa a normalidade da variável dependente verifica-se que as respostas aos *itens* desta não seguem uma distribuição normal. Assim, optou-se pelos *métodos não paramétricos* para testar esta variável.

### **Relativamente à imagem corporal**

Numa visão generalista acerca do “comportamento” dos *scores* das respostas às dimensões de conceito do corpo e percepção do corpo doente (que compõem a escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo), observou-se uma orientação bastante positiva dos mesmos em relação à *resposta neutra* da referida escala. A totalidade dos *scores* das respostas aos *itens* situa-se acima da *resposta neutra*. Lembra-se que as respostas aos *itens* que compõem a dimensão de percepção do corpo doente são lidas invertidamente. Ou seja, uma mulher que responda, a um dos *itens* da referida dimensão, o *score* máximo (concordo bastante) apresenta uma depreciação máxima (valor da resposta é igual a zero) relativamente a essa mesma questão. É possível constatar, através dos resultados anteriormente descritos, que as mulheres que compõem amostra, de uma forma geral, apresentam baixos níveis de depreciação em relação ao corpo no geral e aparência. Contudo, a visão holística, embora seja muito importante, não é suficientemente esclarecedora. A heterogeneidade revelada pelas mulheres inquiridas obriga a uma análise mais aprofundada.

### As respostas aos *itens* da dimensão de conceito do corpo

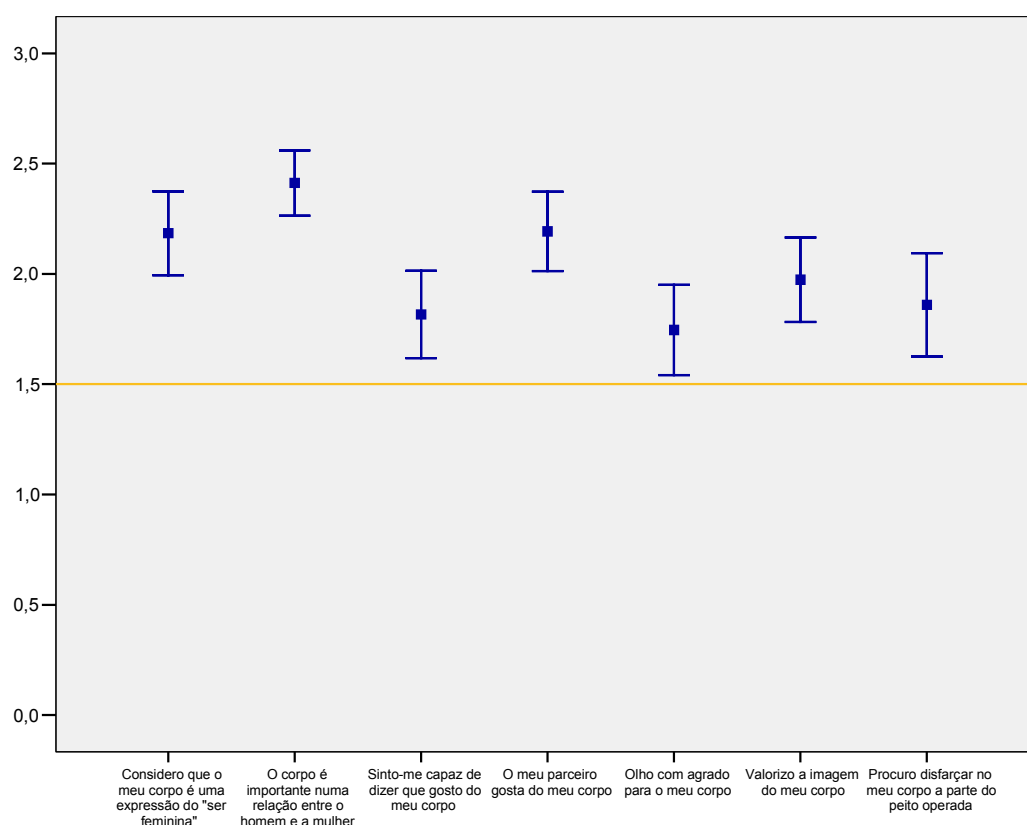


Gráfico nº 3: Tendência das respostas aos *itens* da dimensão de conceito do corpo

Com a ajuda do gráfico n.º3 constata-se que o corpo e a sua importância na relação homem-mulher revela ter uma importância crucial. O referido *item* destaca-se de todos os outros, sendo a média dos *scores* das suas respostas muito próximas do valor máximo da escala de *likert* (concordo bastante).

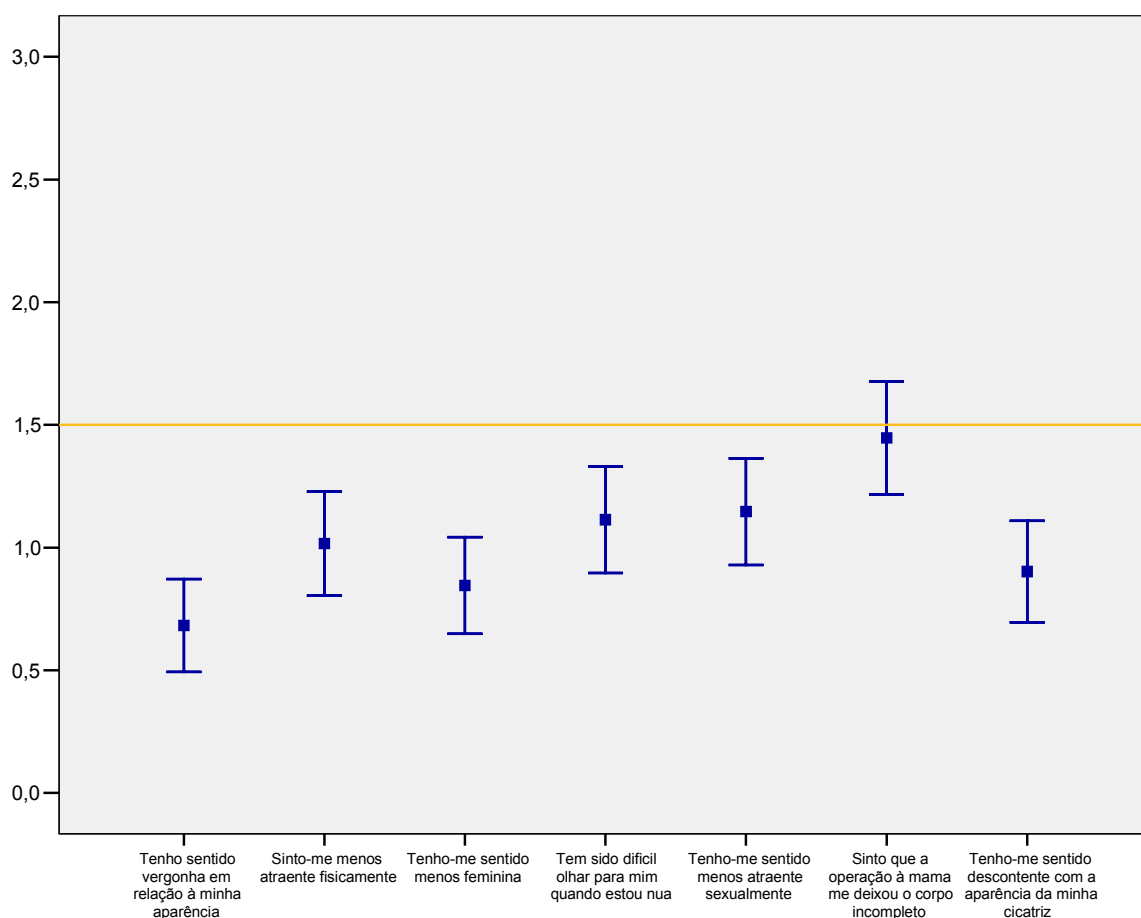
Não esquecendo que o *score* mínimo e máximo, da referida dimensão, é de 0 e 3 respectivamente, rapidamente se constata que os *itens*, “considero que o meu corpo é uma expressão do *ser* feminina” e “o meu parceiro gosta do meu corpo”, apresentam *scores* igualmente elevados, em que a média ronda o 2,2, situando-se entre as respostas “concordo moderadamente” e “concordo bastante”.

Os restantes *itens*, “gosto do meu corpo”, “olho com agrado para o meu corpo”, “valorizo a imagem do meu corpo” e “procuro disfarçar no meu corpo a parte do peito operado”, apresentam valores médios dos seus *scores* significativamente mais baixos, situando-se entre as respostas “concordo pouco” e “concordo moderadamente”. Estes resultados devem, contudo, ser objectos de alguma reflexão.

Embora a dimensão analisada – conceito do corpo – tenha sido concebida para avaliar a valorização atribuída ao corpo no seu geral e aparência física, é certo que existem algumas particularidades relativamente aos *itens* que a compõem. Na verdade, dos 7 *itens*

que compõem a referida dimensão, só 4 deles fazem um menção expressa à corporeidade, ou melhor, levam as mulheres que lhes responde a fazerem um juízo directo acerca da sua percepção/consciência relativa ao próprio corpo. Curiosamente, os 4 *itens* de que se fala são justamente os que apresentam os *scores* mais baixos da dimensão e são os 4 *itens* falados no parágrafo anterior. Conclui-se que embora o *score* geral da dimensão de conceito do corpo indicie uma valorização em relação ao corpo e aparência, é necessário alguma relativização do mesmo.

#### As respostas aos *itens* da dimensão de percepção do corpo doente



**Gráfico nº 4:** Tendência das respostas aos *itens* da dimensão de percepção do corpo doente

Relembra-se mais uma vez que o *score* mínimo e máximo, da referida dimensão, é lido ao contrário da anterior, ou seja, o *score* mínimo e máximo é de 3 e 0 respectivamente. Tendo em conta este facto e o gráfico n.º4, verifica-se que o *item* que questiona a sensação de vergonha relativa à aparência apresentou a pontuação mais baixa. Este destaca-se ligeiramente dos restantes, situando-se a média dos seus *scores* entre as respostas “não concordo” e “concordo pouco”. Bastante próximos do valor médio do *score* do *item*

anteriormente mencionado estão os *itens* relacionados com a sensação de descontentamento relativo à aparência da cicatriz e sensação de menor feminilidade.

Sobre a resposta “concordo pouco” encontram-se as médias dos *scores* dos *itens* “sinto-me menos atraente sexualmente”, “tem sido difícil olhar para mim quando estou nua” e “tenho-me sentido menos atraente sexualmente”.

Constata-se também, que a média das respostas ao *item* “sinto que a operação à mama me deixou o corpo incompleto” se situa junto à *resposta neutra*. A sensação de corpo incompleto surge como a sendo a maior preocupação, da generalidade das mulheres inquiridas, em relação aos seus corpos e aparência.

### **Relações entre as respostas sobre o conceito do corpo e a percepção de corpo doente**

Da análise relativa às relações que se estabeleceram entre os *itens* da escala de imagem corporal, constata-se o que à partida seria de esperar. Uma forte relação entre os *scores* da generalidade dos *itens* da referida escala, e muito particularmente, um conjunto de correlações entre os *itens* que compõem as suas dimensões, onde se observam correlações lineares, muito fortes e muito significativas (e negativas, obviamente).

Os resultados, obtidos através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman, indicam que, das mulheres estudadas, as que consideram o corpo como uma forma de expressão do “ser feminina”, sentem que gostam do seu corpo, valorizam a sua imagem, olham para o corpo com agrado, partilham da ideia de que os seus parceiros apreciam os seus corpos; apresentam “valores” mais baixos de vergonha em relação à aparência, dificuldade em olhar para o corpo nu, descontentamento em relação ao aspecto da cicatriz, sensação de corpo incompleto, sensação de perda da feminilidade e sensação de menor habilidade para ser capaz de atrair física e sexualmente outros. Conclui-se porém, que as mulheres com as referidas características são as que apresentam menos sinais de depreciação da imagem corporal, após a amputação cirúrgica da mama.

Destes resultados surgem outras informações com interesse para reflexão. Como foi referido anteriormente, na análise global dos “comportamentos” dos *scores* das respostas aos *itens* da dimensão de conceito do corpo, observou-se que os valores mais elevados eram relativos ao *itens* “o corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher”, “considero que o meu corpo é uma expressão do *ser feminina*” e “o meu parceiro gosta do meu corpo”. Esta constatação revela uma importância extrema, quando cruzada com os resultados das correlações anteriormente mencionadas. Se por um lado, se percebeu anteriormente que a tendência, das mulheres com a sua feminilidade conservada e que sentem que os seus maridos gostam do seu corpo, é de apresentarem uma baixa

depreciação da imagem corporal. Por outro, o mesmo já não se poderá dizer, daquelas que acham que o corpo é importante na relação entre o homem e a mulher. A linearidade que se observou em relação aos outros dois *itens* mencionados, não se verificou para este. Na verdade, a resposta a este *item* apresentou valores de correlação com os *itens* da dimensão de percepção de corpo doente muito diferentes, não se verificando qualquer relação estatisticamente significativa entre ambos. Este facto indica que, algumas mulheres, apesar de apresentarem uma maior desvalorização em relação à sua imagem corporal, mantêm contudo, a crença de que o corpo é fundamental na relação entre o homem e a mulher. A juntar a este “achado”, encontrou-se uma outra ideia, bastante interessante, que será desenvolvida em seguida.

### **Sobre o acto de camuflar a região da mama intervencionada**

Em primeiro lugar, pensa-se importante tecer algumas considerações acerca do *item/factor* “procuro disfarçar no meu corpo a parte do peito operado”, dada a sua peculiaridade. Na verdade, à primeira vista parece que este factor está mais relacionado com os *itens* que compõem a dimensão de percepção de corpo doente, isto é, parece questionar acerca da preocupação das mulheres em relação à integridade dos seus corpos. No entanto, as autoras que elaboraram a escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo incluíram o referido factor na dimensão de conceito do corpo, justamente por este estar associada à preocupação em relação à aparência física. Isto é, quanto mais determinadas estão estas mulheres, em querer disfarçar as suas imperfeições corporais, maior é a sua preocupação em querer manter uma aparência “bonita”.

O factor/*item* anteriormente referido “importância do corpo na relação entre o homem e a mulher” e o factor/*item* “procuro disfarçar no meu corpo a parte do peito operado” apresentam uma correlação linear, positiva, forte e muito significativa ( $r=0,272$ ;  $p=0,002$ ). Constatase que as mulheres que acham que o corpo é importante na relação com o homem procuram, ao mesmo tempo, disfarçá-lo, designadamente, e transpondo para prática, na relação da mulher com o seu parceiro. Esta conclusão poderá indiciar o facto de que algumas destas mulheres procuram disfarçar as suas imperfeições, justamente porque valorizam a relação corpórea que estabelecem com os seus parceiros. Parece importante sublinhar, contudo, o facto de que esta é a única correlação positiva que se encontrou para o factor/*item* “procuro disfarçar no meu corpo a parte do peito operado”.

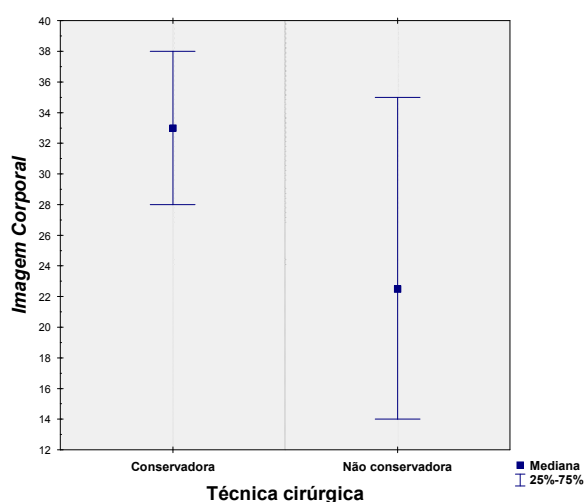
Ao longo dos sub-capítulos subsequentes são tecidas algumas considerações acerca da influência de factores/variáveis independentes como a idade, técnica cirúrgica utilizada,

complicações resultantes da cirurgia, tempo decorrido após a cirurgia e tratamentos co-adjuvantes, sobre a variável imagem corporal.

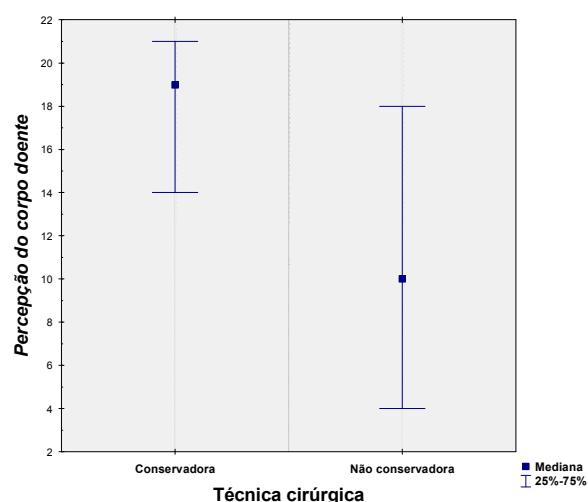
### 2.3.1 – O factor idade e a imagem corporal

No sentido se perceber se há diferenças ao nível da imagem corporal nas mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama consoante a idade das mesmas, procedeu-se à realização do teste Kruskal-Wallis entre a escala de imagem: como me relaciono com o meu corpo, dimensão de conceito do corpo e dimensão de percepção de corpo doente, em função da idade. Dos resultados da aplicação do teste constata-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas no score da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo ( $X^2_{KW}(3)=0,712$ ;  $p=0,870$ ;  $N=114$ ), nem no score de das suas dimensões ( $X^2_{KW}(3)=1,892$ ;  $p=0,595$ ;  $N=123$  e  $X^2_{KW}(3)=0,881$ ;  $p=0,830$ ;  $N=114$ ), respectivamente, em função da idade das mulheres que compõem a amostra (Quadro n.º23). A relação que as mulheres que compõem a amostra estabelecem com os seus corpos e aparência, parece ser independente da idade que as mesmas têm.

### 2.3.2 – A técnica cirúrgica utilizada e a imagem corporal



**Gráfico n° 5:** Distribuição da variável imagem corporal em função do factor “técnica cirúrgica utilizada”



**Gráfico n° 6:** Distribuição da variável percepção do corpo doente em função do factor “técnica cirúrgica utilizada”

Para o estudo das possíveis diferenças ao nível da imagem corporal nas mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama consoante a técnica cirúrgica utilizada, procedeu-se à realização do teste Willcoxon-Mann-Whitney para dois grupos

independentes, mulheres que foram sujeitas a cirurgia conservadora e mulheres intervencionadas com técnica cirúrgica não conservadora. Através dos resultados do referido teste é possível observar diferenças estatisticamente muito significativas no *score* da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo, em função da técnica cirúrgica a que as mulheres foram sujeitas (U=934; W=2474; p=0,000) (Quadro n.º24). Importa relevar que a dimensão de percepção de corpo doente apresenta resultados semelhantes aos obtidos para a escala de imagem corporal (U=913; W=2743; p=0,000) (Quadro n.º24).

Estes resultados são demonstrativos da mudança extrema, na forma como estas mulheres passaram a relacionar-se com os seus corpos, depois de serem submetidas a uma amputação cirúrgica da mama. Conclui-se que, quanto maior a extensão da cirurgia, ou melhor, quanto maior a deformidade provocada pela mesma, maior a depreciação destas mulheres relativamente à imagem corporal. Sublinha-se também, que as diferenças relativas à imagem corporal, e particularmente a dimensão de percepção do corpo doente, são ainda mais fortes quando se comparou o grupo de tumorectomizadas (a menos mutiladora das cirurgias) com o grupo das mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada (a mais ablativa) (U=602; W=2087; p=0,000). Assim, conclui-se que, as mulheres submetidas a técnicas cirúrgicas conservadoras apresentam maior conservação da imagem corporal do que aquelas que foram submetidas a técnicas cirúrgicas não conservadoras, mas também que, as mulheres submetidas a tumorectomia são aquelas que apresentam menor depreciação da imagem corporal e menores preocupações relativas à alteração da integridade do corpo.

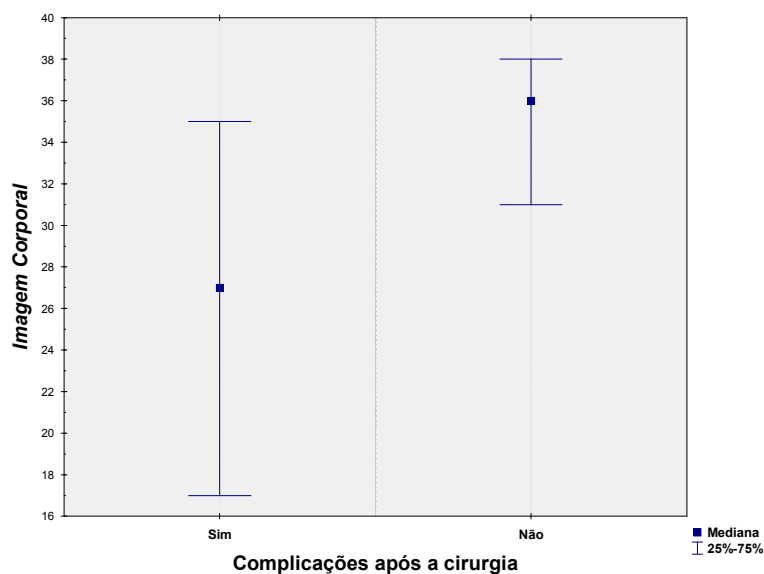
Importa relevar porém, que o *score* da dimensão de conceito do corpo não é influenciado pela técnica cirúrgica utilizada (U=1303; W=2788; p=0,071), embora esteja próxima do limiar da significância (Quadro n.º24). Verifica-se que as diferenças que surgem na imagem corporal entre os dois grupos, se devem sobretudo aos conteúdos dos *itens* relativos à dimensão de percepção de corpo doente (U=913; W=2743; p=0,000) (Quadro n.º24). Isto é, os *itens* que questionam acerca da relação/preocupação com a integridade do corpo. Contudo, os resultados obtidos para estas duas dimensões merecem ser comentados.

Para melhor se compreender o raciocínio descrito posteriormente, importa relembrar que a dimensão de conceito do corpo pretende avaliar o valor atribuído ao corpo e aparência no geral, e particularmente a preocupação com a aparência; já a dimensão de percepção de corpo doente tem como principal objectivo avaliar o valor atribuído ao corpo mórbido/doente, isto é, avalia a preocupação com a integridade do corpo. As diferenças relativas ao que cada uma destas dimensões avalia são certamente a razão para o facto de se terem encontrado resultados estatisticamente diferentes entre elas, em função da influência do factor técnica cirúrgica utilizada. Explicando:

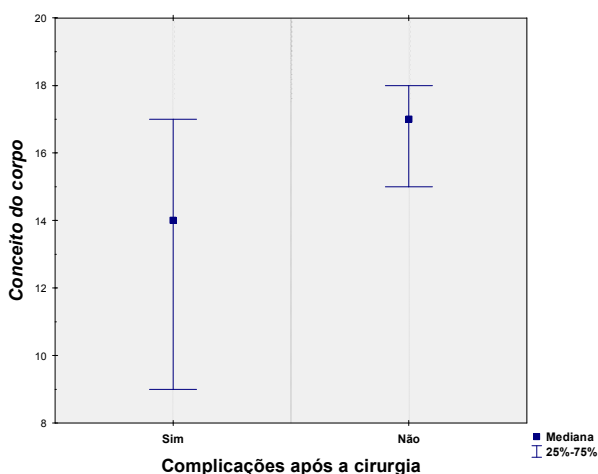
Quando as inquiridas se pronunciam acerca da valorização/relação com a parte do corpo que foi mutilado e a forma como esta afectou a região específica do seu corpo, isto é, quando se lhes pede que abordem as questões relativas à parte do corpo com evidente alteração da sua integridade, estas respondem no sentido de uma pior relação ou maior depreciação da imagem corporal quanto mais mutilante é a cirurgia. No entanto, quando é solicitado a estas mesmas mulheres que evoquem questões relativas ao valor que atribuem ao corpo num todo e à sua aparência no geral, não se verificam diferenças significativas, independentemente de terem sido sujeitas a uma grande ou pequena amputação cirúrgica ao nível da mama.

Resumindo, a hipótese explicativa a que se julga ter chegado, na sequência de uma análise mais aprofundada dos resultados obtidos é a de que parecem existir, uma espécie de duas “consciências” distintas, nas mulheres inquiridas, relativamente à sua imagem corporal. Uma, que é confinada à preocupação exclusiva com a estrutura física que está alterada, e que parece caracterizar-se por ter um carácter flutuante/variável consoante a deformidade provocada pela mutilação; outra, que se revelou ser relativamente independente da desfiguração causada pela amputação cirúrgica da mama, isto é, independentemente da mutilação sofrida, a valorização em relação ao corpo e aparência física no geral parece estar conservada. Na verdade uma das conclusões mais interessantes a retirar acerca da influência das técnicas cirúrgicas utilizadas sobre a imagem corporal é o facto de mulheres sujeitas a remoção completa de tecido mamário (mastectomia radical modificada) continuarem a manter conservada a relação/valorização com o corpo e aparência no geral.

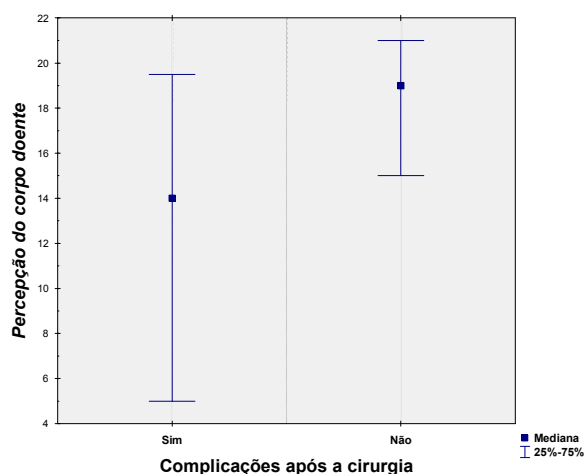
### 2.3.3 – As complicações resultantes da intervenção cirúrgica à mama e a imagem corporal



**Gráfico nº 7:** Distribuição da variável imagem corporal em função do factor "complicações após a cirurgia"



**Gráfico nº 8:** Distribuição da variável conceito do corpo em função do factor "complicações após a cirurgia"



**Gráfico nº 9:** Distribuição da variável percepção do corpo doente em função do factor "complicações após a cirurgia"

No que respeita à análise das diferenças ao nível da imagem corporal das mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama consoante o facto de terem existido complicações pós-cirurgia, aplicou-se o teste Willcoxon-Mann-Whitney para dois grupos independentes, mulheres que apresentam complicações decorrentes da cirurgia e mulheres sem quaisquer complicações pós-cirúrgicas. Dos resultados obtidos conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *score* da escala de imagem: como me relaciono com o meu corpo em função da existência, ou não, de complicações após a cirurgia ( $U=814$ ;  $W=3974$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º25).

A dimensão de conceito do corpo, assim como, a dimensão de percepção de corpo doente, apresentam resultados semelhantes aos obtidos para a escala de imagem corporal ( $U=821,5$ ;  $W=3981$ ;  $p=0,001$  e  $U=972,5$ ;  $W=4888,5$ ;  $p=0,001$ , respectivamente) (Quadro n.º25).

Os resultados do referido teste mostram que as mulheres da amostra, que contraíram alguma/as da/as complicação/ões que constam no questionário, apresentam uma depreciação da imagem corporal mais demarcada. Aparentemente, todas as três complicações analisadas influenciam a imagem corporal de forma negativa. No entanto, depois da análise mais aprofundada, relativamente à influência de cada uma das complicações estudadas sobre a imagem corporal da amostra, constatou-se que o impacto negativo, anteriormente referido, apresenta algumas particularidades.

### **Distúrbio psicológico versus distúrbio físico**

Com o objectivo de melhor se perceber a variação da imagem corporal consoante a influência de cada uma das complicações procedeu-se novamente ao cálculo do teste Willcoxon-Mann-Whitney para dois conjuntos independentes. Por um lado, as “mulheres saudáveis”, composta por 35 mulheres, por outro, o conjunto “mulheres com distúrbio psicológico”. As 20 mulheres com distúrbio psicológico, e sem outra complicação decorrente da cirurgia, não apresentam quaisquer diferenças estatisticamente significativas ao nível da imagem corporal ( $U=320$ ;  $W=530$ ;  $p=0,605$ ), conceito do corpo ( $U=308$ ;  $W=518$ ;  $p=0,460$ ), e/ou percepção de corpo doente ( $U=300$ ;  $W=553$ ;  $p=0,155$ ), quando comparadas com o grupo das 35 mulheres “saudáveis” (Quadro n.º26). Constata-se que as mulheres que têm complicações de índole exclusivamente psicológica não apresentam maior depreciação relativamente à sua imagem corporal.

Entretanto, conclui-se que as diferenças relativas à imagem corporal só se revelaram estatisticamente significativas nas mulheres que apresentam as complicações “engordou” e “linfedema”. Com efeito, quando se comparou o grupo das mulheres que não apresentam qualquer complicação pós-operatória com as mulheres que estão hoje mais gordas (somente 19 mulheres) verificou-se que estas (as que estão hoje mais obesas) revelam uma maior depreciação da imagem corporal ( $U=352,5$ ;  $W=787,5$ ;  $p=0,027$ ). No entanto, quando se agrupou numa mesma categoria as mulheres que engordaram, as que desenvolveram linfedema e as que sofrem destas duas complicações e, naturalmente, sem qualquer distúrbio psicológico, observou-se um aumento ainda mais significativo, das diferenças ao nível da imagem corporal, entre estas e as mulheres sem qualquer complicação pós-cirúrgica do seu estado de saúde ( $U=335,5$ ;  $W=868,5$ ;  $p=0,006$ ) (Quadro n.º27). Com estes resultados, julga-se legítimo afirmar que a depreciação da imagem corporal é fortemente influenciada pela existência de alterações de ordem exclusivamente física, como são o

linfedema e a obesidade. Pelo contrário, as mulheres que têm alterações ao nível psicológico, quando são comparadas com as mulheres da amostra que referem não ter qualquer complicação pós-cirúrgica, não apresentam indícios de uma maior depreciação em relação à imagem corporal.

Importa relevar ainda, que o grupo das mulheres que têm distúrbio de índole exclusivamente física apresenta diferenças estatisticamente significativas, ao nível da dimensão de conceito do corpo, quando comparadas com as mulheres saudáveis ( $U=320$ ;  $W=848$ ;  $p=0,002$ ) (Quadro n.º27). Por sua vez, é interessante verificar que ao nível da dimensão de percepção do corpo doente estas diferenças já não se verificam ( $U=467$ ;  $W=1133$ ;  $p=0,068$ ) embora estejam muito próximas do limiar de significância (Quadro n.º27). A constatação destes valores mostra que pela primeira vez se conseguiu identificar um conjunto de mulheres, com uma característica em comum – existência de perturbação de ordem física –, com preocupações efectivas relativamente ao estado do seu corpo no geral e aparência física. Resumindo, para além das preocupações que possam existir em relação à deformidade provocada pela intervenção cirúrgica apresentam também, uma inquietação óbvia em relação ao seu corpo e aparência por estarem hoje mais gordas e/ou com linfedema. O que parece estar neste caso específico em “jogo” é o seguinte. Se por um lado, e na mesma linha de ideias da hipótese explicativa apresentada no último parágrafo do subcapítulo anterior, surgem mulheres que independentemente do grau de deformidade provocado pela amputação de tecido mamário apresentam preocupações idênticas relativamente ao corpo e aparência no geral; por outro, emergem mulheres que, para além da mutilação da mama, aparecem agora com outras alterações de índole física, conseqüentes da cirurgia, que são aparentemente responsáveis por uma maior depreciação em relação ao corpo no geral e aparência física. Esta constatação parece estar intimamente associada à questão da camuflagem das imperfeições do corpo. Assim, quando se pensa numa mulher que admite ter uma boa relação com o corpo no geral, apesar de sujeita a uma amputação cirúrgica da mama, julga-se viável pensar também que, este “bem-estar” corporal global poder-se-á encontrar alicerçado ao facto de ser uma parte do corpo relativamente fácil de ser disfarçada/camuflada e, portanto, tornar-se-á numa imperfeição que a própria tem consciência que aos olhos dos outros surge como praticamente inexistente. Seguindo esta ordem de ideias poder-se-á colocar a hipótese de que, as mulheres que surgem com maiores preocupações ao nível do conceito do corpo são justamente aquelas que não conseguem tão facilmente disfarçar as imperfeições do seu corpo. Neste caso específico colocar-se-ia neste grupo as mulheres que engordaram e/ou desencadearam linfedema após a cirurgia à mama.

Para finalizar convém, contudo, deixar bem claras um conjunto de noções capitais para uma melhor compreensão dos resultados obtidos. Na verdade, todos os cálculos em

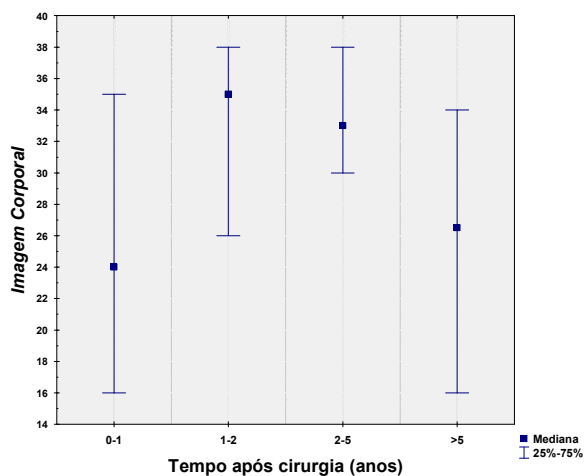
torno do impacto das complicações após a cirurgia à mama sobre a imagem corporal indiciam que, para além das mulheres manifestamente preocupadas com o estado do seu corpo no geral e aparência física, as preocupações que estas mesmas mulheres têm com a sua integridade corporal parecem estar sobretudo relacionadas com deformidade provocada pela mutilação. Veja-se como se chegou a esta conclusão:

- As que não desenvolveram qualquer tipo de complicação pós-cirúrgica foram na sua maioria submetidas a técnicas cirúrgicas conservadoras, e particularmente a tumorectomia. São justamente estas mulheres que apresentam índices mais baixos de depreciação/preocupação em relação à integridade do corpo.
- Por sua vez, as que desenvolveram qualquer complicação consequente da cirurgia são, na sua maioria, mulheres que foram sujeitas a mastectomia radical modificada. Consequentemente são as que manifestam maiores preocupações com a integridade do corpo.

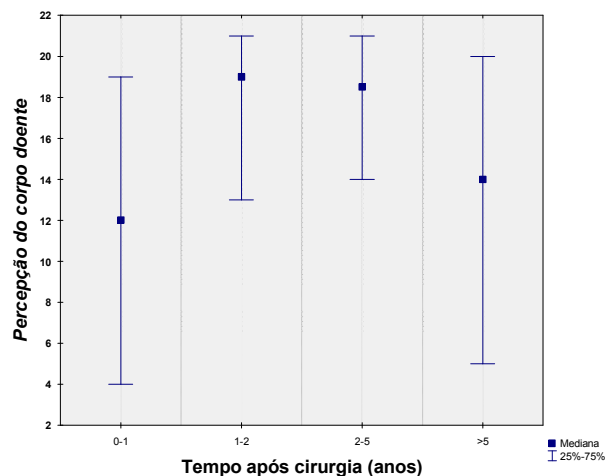
Conclui-se que o factor que está na base das diferenças encontradas ao nível da dimensão de percepção do corpo consoante a existência, ou não, de complicações após a cirurgia é a técnica/tipo de intervenção cirúrgica à mama. Nesse sentido, as mulheres submetidas a amputações cirúrgicas fisicamente mais agressivas/ablativas são justamente as que apresentam maiores preocupações com a integridade do seu corpo. Por outro lado, estas preocupações diminuem quando é mais pequena a mutilação provocada pela cirurgia à mama.

Importa relevar contudo, e numa perspectiva crítica em relação ao instrumento de medida adoptado para controlar a variável imagem corporal, que os *itens* que o compõem têm como principal linha de força a análise de um corpo mais físico, pretendendo avaliar, sobretudo, a valorização atribuída à aparência física do corpo. Se fosse outro o instrumento de medida adoptado para a avaliação da imagem corporal, muito provavelmente ter-se-iam outros resultados. Contudo, salvaguarda-se o facto de que é justamente por a escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo incidir muito particularmente em questões quase exclusivamente físicas, como a aparência, que foi escolhida para este estudo. Na verdade, independentemente de todas as repercussões que uma mutilação possa trazer ao nível psicológico, ela é acima de tudo, e à partida, uma agressão à integridade física de uma pessoa.

### 2.3.4 – O tempo decorrido após a cirurgia e a imagem corporal



**Gráfico nº 10:** Distribuição da variável imagem corporal em função do factor "tempo decorrido desde a cirurgia"



**Gráfico nº 11:** Distribuição da variável percepção do corpo doente em função do factor "tempo decorrido desde a cirurgia"

A existência de diferenças ao nível da imagem corporal das mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama consoante o tempo decorrido após a cirurgia foi testada, mais uma vez, através da utilização do teste Kruskal-Wallis. Após a aplicação do teste constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas no *score* da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo em função do tempo decorrido desde a cirurgia ( $X^2_{KW}(3) = 10,595$ ;  $p = 0,014$ ).

Tal como a escala de imagem corporal, também a o *score* da dimensão de percepção do corpo doente apresenta diferenças estatisticamente significativas em função do tempo decorrido após a intervenção cirúrgica ( $X^2_{KW}(3) = 11,116$ ;  $p = 0,011$ ). A dimensão de conceito do corpo não é influenciada pelo referido factor ( $X^2_{KW}(3) = 4,609$ ;  $p = 0,203$ ) (Quadro n.º28).

Com o objectivo de se perceber em que intervalos/categorias de tempo decorrido após cirurgia existem diferenças, estatisticamente significativas, relativas às variáveis imagem corporal e percepção do corpo doente, utilizou-se os testes Post Hoc – LSD. Estes permitiram verificar que as categorias são iguais duas a duas, em ambas as variáveis. A categoria "0 a 1" e ">5" não apresentam diferença entre si, assim como "1 a 2" e "2 a 5" também não apresentam diferença entre si. No entanto, estes dois grupos de categorias apresentam diferenças estatisticamente significativas. (Quadro n.º29 e Quadro n.º30).

Com ajuda dos testes supracitados, e sobretudo com a visualização que se consegue ter a partir dos gráficos n.º10 e 11, constata-se que as mulheres que foram intervencionadas há mais de 1 ano e há menos de 5, apresentam uma melhor relação com o corpo e aparência do que as mulheres intervencionadas há menos de 1 e há mais de 5 anos.

Todavia, no intuito de se tentar perceber o porquê do comportamento destas duas variáveis, em função das referidas categorias, surge uma interessante constatação. Numa análise exploratória, auxiliada por um conjunto de cruzamentos, percebeu-se que a razão pela qual estas mulheres se apresentavam distribuídas de uma forma tão “atípica” não estava directamente relacionada com o factor tempo decorrido após a cirurgia.

Ao comparar-se, o cruzamento do conjunto das mulheres sujeitas a amputação cirúrgica da mama há menos de 1 ano e há mais de cinco anos (*grupo A*) e o factor técnica cirúrgica utilizada, com o conjunto das mulheres intervencionadas há mais de 1 anos e há menos de 5 (*grupo B*) e igual factor, constata-se o seguinte. O *grupo B*, quando comparado com o *grupo A*, apresenta cerca de 12% a mais do número de mulheres submetidas a técnicas conservadoras e menos 33% do número de mulheres sujeitas a mastectomia radical modificada. Sendo isto verdade, também é igualmente verdade que o número de mulheres submetidas a tumorectomia (relembra-se que as mulheres inquiridas que apresentaram melhores índices de imagem corporal foram sujeitas a este tipo de intervenção cirúrgica) é cerca de 26% superior no *grupo B* que no *grupo A* (Quadro n.º31).

Sintetizando, o que à partida parecia óbvio – o factor tempo decorrido após a cirurgia influencia imagem corporal das mulheres sujeitas a amputação cirúrgica da mama –, revelou-se enganador. Na verdade, é o factor técnica cirúrgica e/ou tipo de cirurgia utilizada que parece estar, mais uma vez, no cerne das diferenças encontradas entre estes dois grupos. Importa ainda relevar que quando se associou os factores idade e tempo decorrido após a cirurgia não se encontraram diferenças significativas. Contudo, pensa-se ser viável afirmar que o factor tempo decorrido após intervenção cirúrgica à mama não tem qualquer influência sobre a imagem corporal das mulheres inquiridas.

### 2.3.5 – Os tratamentos co-adjuvantes e a imagem corporal

No sentido de testar a existência de eventuais diferenças ao nível da imagem corporal das mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama consoante o facto de estarem a ser sujeitas a tratamentos co-adjuvantes, procedeu-se à realização do teste Willcoxon-Mann-Whitney para dois grupos independentes, mulheres a serem sujeitas a tratamento co-adjuvante e mulheres que não fazem qualquer tratamento. Dos resultados da aplicação do teste constata-se que não se verificam diferenças estatisticamente significativas nos *scores* da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo (U=1180; W=4921; p=0,874), nem nos *scores* de das suas dimensões (U=1193; W=1599; p=0,942) e (U=1326; W=5791; p=0,826), respectivamente, entre o grupo das mulheres sujeitas a tratamento/os e o grupo das que não estão a ser submetidas a qualquer tratamento

(Quadro n.º32). O facto de as mulheres da amostra estarem no presente momento a serem submetidas a qualquer tipo de terapia/as co-adjuvantes, não parece influenciar a relação que estas estabelecem com os seus corpos e aparência.

### 2.3.6 – A relação entre a imagem corporal e a satisfação sexual

Em relação ao estudo da relação entre a imagem corporal e a satisfação sexual das mulheres submetidas a amputação cirúrgica da mama, efectuou-se o cálculo do coeficiente de correlação de Spearman.

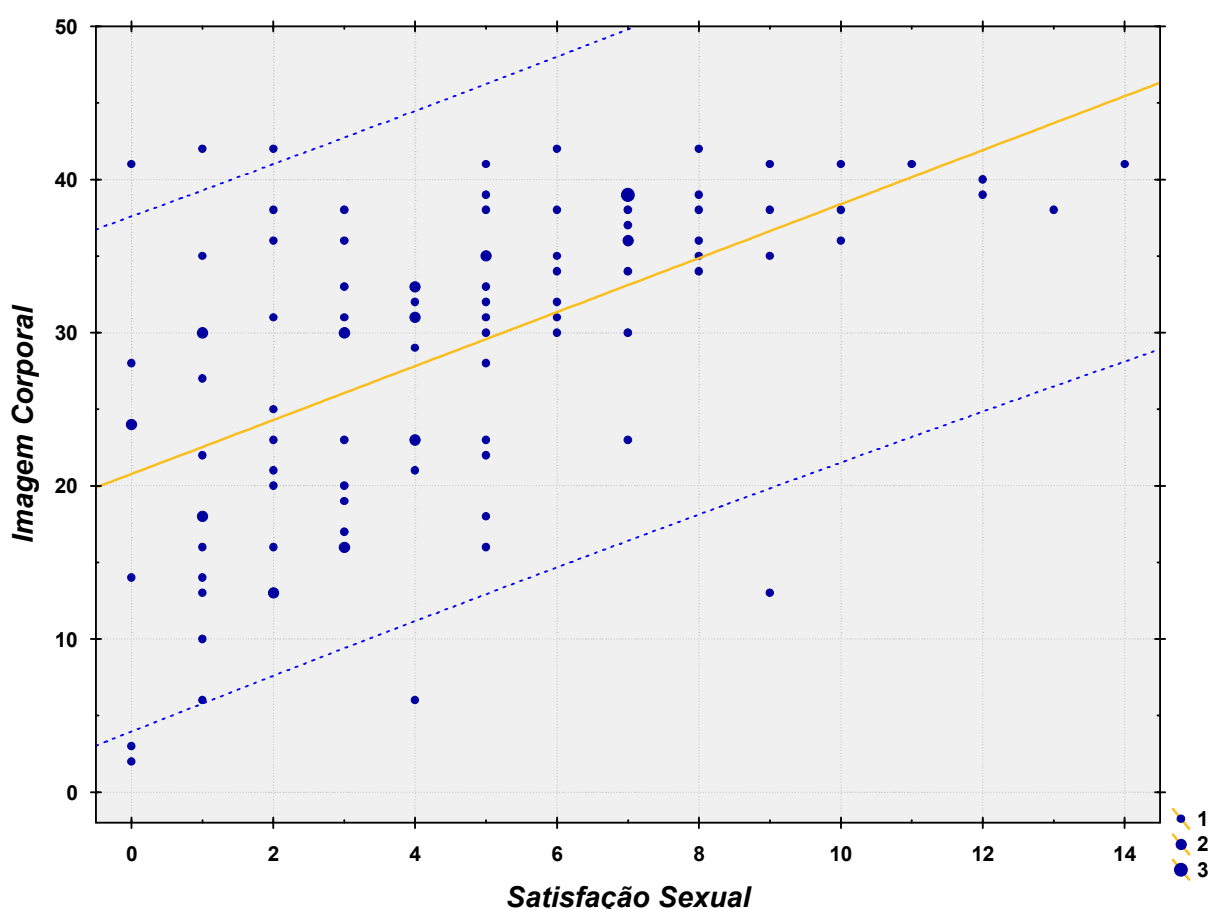


Gráfico n.º12: Distribuição da variável imagem corporal em função da variável satisfação sexual

Através da análise do gráfico n.º12 pode-se constatar a existência de uma relação linear muito forte, positiva e muito significativa entre a variável imagem Corporal e a variável satisfação sexual ( $r=0,583$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º33). Na verdade, esta relação é tão forte que uma das variáveis explica a variabilidade da outra em cerca de 34% ( $r^2=0,339$ ). Deste modo, as mulheres que compõem a amostra que apresentam uma satisfação sexual conservada ou melhorada, em comparação com a satisfação sexual anterior à intervenção cirúrgica da

mama, denotam também uma melhor imagem corporal. Através da análise do Gráfico n.º12 esta constatação é evidente.

Entretanto, foi feito cruzamento entre a variável satisfação sexual e todos os factores já testados anteriormente com a imagem corporal: idade, técnica cirúrgica utilizada, complicações resultantes da cirurgia à mama, tempo decorrido após cirurgia e tratamentos co-adjuvantes. Para o efeito foi calculada previamente a normalidade da distribuição dos *scores* das respostas aos *itens* que compõem a escala de satisfação sexual. Mais uma vez se utilizou o teste de Kolmogorov-Smirnov e constatou-se que a referida escala não segue uma distribuição normal. Assim, optou-se pelos *métodos não paramétricos* (Quadro n.º21).

Com alguma surpresa chega-se à conclusão de que nenhum dos referidos factores influencia a satisfação sexual da amostra. Surpresa pois, constatando-se que a variável satisfação sexual está fortemente correlacionada com a imagem corporal, então porque é que esta não é influenciado pelos mesmos factores? Na verdade, quando se observa a generalidade dos *scores* das respostas aos *itens* da escala de satisfação sexual percebe-se que a principal razão para a referida constatação, se deve ao facto de a generalidade das mulheres inquiridas reconhecer que têm uma satisfação sexual qualitativamente muito fraca. Quer isto dizer que, independentemente de serem jovens, idosas, sujeitas a uma cirurgia mais ou menos mutilante, de terem sido intervencionadas há 1 ou 10 anos, estas mulheres apresentam-se, de uma forma geral, insatisfeitas sexualmente.

### **A influência da hormonoterapia com tamoxifeno sobre a satisfação sexual**

O único factor que parece estabelecer uma certa influência sobre a qualidade da satisfação sexual foi a ingestão de tamoxifeno. Para se chegar a esta conclusão, utilizou-se o teste Willcoxon-Mann-Whitney aplicado aos dois conjuntos independentes – mulheres que estão a ser submetidas a terapia com tamoxifeno e mulheres que não estão a ser sujeitas ao referido medicamento. Sublinha-se que se encontraram valores muito próximos do limiar de significância em dois dos *itens* da escala de satisfação sexual. Assim, constatou-se que as mulheres que não estão a fazer qualquer terapia hormonal apresentam um desejo sexual maior ( $U=1197,00$ ;  $W=2100,00$ ;  $p=0,081$ ) e uma frequência mais elevada do número de vezes que praticam sexo ( $U=1120,50$ ;  $W=2023,50$ ;  $p=0,078$ ) (Quadro n.º39), do que as mulheres que fazem tratamento hormonal com tamoxifeno.

Com o objectivo de melhor se explorar a correlação existente entre a imagem corporal e satisfação sexual das mulheres que compõem a amostra foi efectuada uma abordagem mais pormenorizada às relações entre os *scores* das respostas aos *itens* da escala de imagem corporal e os *scores* das respostas aos *itens* da escala de satisfação sexual.

Relativamente ao “comportamento” dos *scores* das respostas aos *itens* da dimensão de conceito de corpo constata-se um conjunto de ideias que importa relevar. Na verdade são as mulheres que admitem gostar do seu corpo, que olham para ele com agrado, que valorizam a imagem do seu corpo e que admitem que o parceiro gosta do seu corpo, as que apresentam melhores índices de satisfação sexual, ou melhor, são as que apresentam hoje uma satisfação sexual conservada ou melhorada quando comparada com o período anterior à intervenção cirúrgica. Sublinha-se, porém, que os *itens* da escala de satisfação sexual relativos ao número de vezes que é tocada na região da mama intervencionada, satisfação ao toque na mesma e o número de posições durante o acto sexual, não apresentam praticamente nenhuma relação com os *itens* da dimensão de conceito do corpo anteriormente mencionados. Estes três *itens* da escala de satisfação sexual, que praticamente não se relacionam com as preocupações da amostra relativas à aparência física e corpo no geral, revelam características muito particulares que mais tarde serão abordadas/desenvolvidas, sendo influenciadoras e influenciadas por outros factores que não os que estão em causa neste momento (ver pág.159-163).

No que respeita aos *scores* dos *itens* que controlam a variável percepção do corpo doente verifica-se que, de uma forma geral, apresentam correlações lineares, negativas e significativas com os *scores* dos *itens* da escala de satisfação sexual. É, assim, notório que as preocupações relativas à integridade do corpo, ou melhor, à alteração da integridade do corpo provocada pela amputação cirúrgica da mama, parecem surgir como factor altamente influenciador de uma sexualidade menos satisfatória.

#### 2.4 – O relacionamento conjugal do casal anterior à cirurgia e a satisfação sexual da amostra actualmente

O presente capítulo tem como principal linha de força a caracterização do relacionamento conjugal anterior à cirurgia e relacioná-lo com a satisfação sexual actual das mulheres que compõem a amostra. Será agora analisada a situação conjugal anterior à amputação cirúrgica da mama. Posteriormente será analisada a situação conjugal actual e face ao parceiro sexual e feito o paralelismo com a situação conjugal anterior à cirurgia da mama. Por fim será estudada a influência particular que o parceiro/cônjuge parece desempenhar sobre a adaptação destas mulheres à vida sexual em particular.

#### 2.4.1 – Situação conjugal anterior à cirurgia

**Tabela n.º4 – Situação conjugal**

	n	%
<b>Situação Conjugal aquando da Cirurgia</b>		
Casada	103	83,1
União de facto/Coabitação	6	4,8
Divorciada	3	2,4
Viúva	8	6,5
Separada	1	0,8
Solteira	3	2,4
<b>Situação Conjugal actual</b>		
Casada	91	73,4
União de facto/Coabitação	8	6,5
Divorciada	6	4,8
Viúva	12	9,7
Separada	4	3,2
Solteira	3	2,4

Numa análise inicial, relativa à situação conjugal quando do momento da cirurgia à mama, observa-se um elevado número de mulheres casadas (cerca de 83% do total de mulheres inquiridas). As mulheres divorciadas e solteiras representam-se em igual percentagem, cerca de 2%. As viúvas, as mulheres em situação de união de facto/coabitação e as separadas representam uma minoria de 7%, 5% e 1% do total da amostra, respectivamente (Tabela n.º4).

#### 2.4.2 – Situação conjugal actual e face o parceiro sexual

Actualmente, verificam-se algumas reorganizações na situação conjugal destas mulheres que interessa sublinhar.

##### **As mulheres casadas**

Em primeiro lugar, constata-se uma diminuição significativa do número de mulheres casadas (de 83% para 73% - 91 mulheres) (Tabela n.º4). Apenas 85 das 91 mulheres casadas, mantêm o mesmo parceiro sexual que antes da cirurgia à mama. Uma das mulheres que vive hoje uma situação de casada era divorciada antes da intervenção cirúrgica. Esta (correspondente ao Questionário n.º51) casou com o mesmo parceiro sexual que tinha antes da cirurgia à mama. Tem 61 anos de idade, foi intervencionada há 4 anos a uma mastectomia radical modificada e está hoje a ser sujeita a terapia com tamoxifeno. Ela assume que a vida sexual é muito importante na relação do casal e concorda moderadamente com o facto de que mantinha um relacionamento conjugal anterior à

cirurgia à mama satisfatório. Porém, apresenta actualmente uma satisfação sexual pior, qualitativamente, do que antes da cirurgia.

Existe um conjunto de cinco mulheres que vivem hoje na condição de casadas mas que têm hoje um parceiro sexual diferente do que tinham antes da cirurgia à mama. Não se chega a perceber, porém, se a existência de um novo parceiro sexual hoje estará relacionado com o facto de estas mulheres terem voltado a casar. Todavia, revelou-se importante aprofundar algumas semelhanças entre elas. Estas mulheres têm idades compreendidas entre os 45 e os 55 anos e o tempo decorrido após a cirurgia é superior a 3 anos. Trata-se de mulheres novas, que foram intervencionadas à mama com pouco mais de 40 anos de idade. Todas, com a excepção da mais velha do grupo, sentem que a vida sexual dá um forte contributo ao relacionamento do casal e todas, sem excepção, consideram que tiveram um relacionamento conjugal feliz antes da amputação cirúrgica da mama. Estas constatações parecem espelhar cinco casos de uma eventual rejeição por parte dos parceiros sexuais do período anterior à cirurgia. Esta ideia poderá ainda ser consolidada com o facto de este grupo de mulheres mencionar que tem hoje uma satisfação sexual qualitativamente muito pior que antes da cirurgia à mama. Em suma, todas estas cinco mulheres admitem que houve uma diminuição da qualidade da satisfação sexual em praticamente todos os *ítems* que controlam a referida variável.

### **As mulheres em situação de união de facto/coabitação**

As mulheres que viviam numa situação de união de facto/coabitação mantêm em situação conjugal idêntica, com excepção de uma que se separou do parceiro com que vivia antes da cirurgia. Este grupo de cinco mulheres é bastante heterogéneo em relação às idades, tempo após cirurgia, tipos de intervenção cirúrgica, entre outros. Porém, apresenta em comum o facto de concordarem que a vida sexual contribui bastante para o relacionamento do casal, reconhecendo contudo que a qualidade da sua satisfação sexual actual também decaiu genericamente.

Verificam-se três novos casos de mulheres a viver hoje na condição de união de facto/coabitação, que viviam situações de viuvez, separação e divórcio, respectivamente, antes da amputação cirúrgica da mama (Tabela n.º4).

A única mulher a viver na situação de separada, antes da cirurgia, vive hoje em união de facto/coabitação (Q. n.º67). Porém, mantém o mesmo parceiro sexual. Com 45 anos e intervencionada há 4 anos a uma tumorectomia, esta mulher refere que mantinha um relacionamento conjugal satisfatório e que sente que a vida sexual dá um forte contributo para o relacionamento do casal. Por sua vez, apresenta hoje em dia um aumento da prática

de beijos e carícias com o parceiro, expressando contudo, uma satisfação sexual qualitativamente mais pobre que antes da cirurgia.

Outrora divorciada, a mulher correspondente ao questionário n.º41 tem hoje 47 anos de idade e foi intervencionada há 11 anos a uma quadrantectomia. Sem parceiro anterior à cirurgia à mama, considera, contudo, que a vida sexual é muito importante na vida do casal. Porém, a qualidade da satisfação sexual revelada piorou actualmente.

Um outro caso que merece particular menção é o da mulher que viveu na condição de viúva e vive hoje uma situação de união de facto (Q. n.º92). Para além de ter sido a única a assistir ao falecimento do esposo e a retomar uma nova relação conjugal, conhecendo o diagnóstico da doença e amputação cirúrgica da mama, esta mulher contribuiu para o estudo de uma forma mais consubstanciada que a generalidade. Para além do preenchimento do questionário anexou também uma carta que relata sinteticamente a forma como vive hoje. Esta mulher referiu que o questionário por si só “já diz muito da minha realidade”. No entanto, sublinha algo de muita relevância: “tenho um novo apego à vida e à esperança” (...), “quero viver em paz junto daqueles que me rodeiam” (...) “Vivo agora mais feliz do que antes”. Esta mulher tem 51 anos de idade, é professora do ensino secundário, tem um filho adoptivo, foi intervencionada com 49 anos a uma tumorectomia e engordou depois da cirurgia. Considera que a vida sexual é de extrema importância para o relacionamento do casal e revela hoje em dia uma qualidade da sua satisfação sexual maior que antes da cirurgia. Refere ter hoje uma melhor comunicação sexual com o parceiro, assim como, sente mais desejo sexual, excitação sexual e pratica mais beijos e carícias. No testemunho escrito que anexou à carta sublinha que a sua adaptação sexual muito positiva deveu-se, sobretudo, ao facto de ter um “parceiro espectacular”. Este caso parece reflectir a importância do parceiro sexual na adaptação à “nova” forma de vida, designadamente, na adaptação sexual.

### **As divorciadas**

As mulheres que estavam divorciadas são as que apresentaram maiores mudanças relativas à sua situação conjugal. Apenas uma, das divorciadas de outrora, se mantém divorciada actualmente. As outras duas mulheres, que referem ter sido divorciadas, já foram referidas anteriormente. Porém, passaram a existir cinco mulheres que se divorciaram depois da amputação cirúrgica da mama (Tabela n.º4).

Quatro das cinco mulheres não dão qualquer resposta relativa à escala de satisfação sexual. Conclui-se, portanto, que muito provavelmente não têm uma prática sexual actual. No entanto, retirando um caso – que curiosamente é a mulher mais velha do grupo (64 anos) e intervencionada há 5 anos – as restantes consideram que a vida sexual do casal é

importante para o relacionamento do casal. A restante mulher, relativa ao Q. n.º28, tem 60 anos de idade, é detentora do nono ano de escolaridade, e foi submetida a uma tumorectomia há aproximadamente 2 anos. Está a ser sujeita a terapia com tamoxifeno e engordou depois do processo de tratamentos. Esta mulher tem neste momento um novo parceiro e caracteriza o seu relacionamento conjugal com o “anterior” parceiro como sendo pouco satisfatório. Porém, considera que a vida sexual contribui bastante para o relacionamento, mais saudável, de um casal. Este caso, pela genuinidade que representa, é particularmente interessante na medida em que esta mulher é das únicas a ter, hoje, níveis de satisfação sexual substancialmente melhorados quando comparados com os que tinha antes da cirurgia. Este facto parece estar naturalmente associado à mudança de parceiro sexual. Mais uma vez está-se perante um caso onde a prática de uma sexualidade satisfatória parece estar intimamente associada com a relação positiva que é estabelecida com o parceiro.

### **As mulheres viúvas**

Relativamente às mulheres a viver em uma situação de viuvez, observam-se algumas peculiaridades interessantes. Em primeiro lugar, importa referir que nenhuma destas mulheres tem parceiro sexual fixo actualmente. Por sua vez, constata-se que só 2 destas 12 (Tabela n.º4) mulheres, respondeu à totalidade das questões relativas à sua sexualidade actual. As que já eram viúvas aquando da manifestação da doença, e as 2 que ficaram viúvas entretanto, revelam qualquer indício de prática sexual no momento, com algum parceiro fixo. A depreciação relativamente à sexualidade parece óbvia neste grupo de mulheres. No entanto, uma das referidas mulheres respondeu apenas a dois *itens* da escala de satisfação sexual referindo que o seu desejo sexual e excitação sexual se mantêm inalterados. Note-se que esta mulher é, entre as mulheres viúvas, a que vive esta situação há menos tempo (há menos de 1 ano).

Todavia, existem agora, quatro novos casos de mulheres a viver uma situação de viuvez, em que todas eram, antes da cirurgia à mama, casadas. Duas destas quatro mulheres têm mais de 70 anos de idade. Para além da proximidade em relação às idades, estas duas mulheres revelam em comum o facto de não fazerem qualquer menção à sua situação conjugal ou condição sexual actual e antes da cirurgia à mama. Depreende-se, portanto, a existência de uma depreciação demarcada relativamente à sexualidade. As restantes viúvas partilham da ideia de que a vida sexual é fundamental no relacionamento do casal. Ambas admitem que tiveram uma relação conjugal muito satisfatória, antes da cirurgia. A mulher relativa ao Q. n.º50 não tem parceiro sexual actualmente, porém, considera que a qualidade da sua satisfação sexual está hoje em dia bastante pior. Por

outro lado, a mulher correspondente ao Q. n.º75 apresenta parceiro sexual ocasional. Esta mulher mantém a qualidade da sua satisfação sexual mantida, quando comparada com o período anterior à intervenção cirúrgica.

### **As que vivem na condição de separadas**

Todas as mulheres que vivem hoje na situação de separadas tinham parceiro sexual fixo antes da cirurgia à mama. Três eram casadas e uma vivia em união de facto. Estas quatro mulheres (Tabela n.º4) têm algumas características que lhes são comuns, designadamente, o facto de serem todas bastante novas – idades compreendidas entre os 44 e os 55 anos) e que já foram intervencionadas há mais de 4 anos, porém, são as diferenças que apresentam entre si que interessa relevar.

As duas primeiras, Q. n.º52 e Q. n.º100, submetidas a mastectomia radical modificada, apresentam-se actualmente sem parceiro sexual. A mulher relativa ao Q. n.º52 menciona que, teve um relacionamento conjugal muito satisfatório antes da cirurgia à mama, e que sente a vida sexual como algo fundamental na vida de um casal. Assim, é possível que este caso seja revelador de uma rejeição por parte do parceiro, eventualmente por consequência do processo de doença. Por sua vez, esta mulher não dá qualquer resposta aos *itens* da escala de satisfação sexual, indiciando fortes sinais de privação total relativamente à sua sexualidade. A mulher referente ao Q. n.º100 foi sujeita a mastectomia radical modificada. Tal como a anterior está a ser sujeita a terapia com tamoxifeno e engordou, para além de ter desenvolvido alterações ao nível psicológico. Esta mulher caracteriza a sua vida conjugal, anterior à doença, com sendo nada satisfatória. Refere ainda, não concordar com o facto da sua vida sexual contribuir para o relacionamento do casal. Esta inquirida apresenta hoje uma depreciação marcada da sua satisfação sexual, afirmando que a sua satisfação sexual piorou, comparativamente com o que era antes da cirurgia à mama, em todos os aspectos analisados através das respostas/*itens* da escala de satisfação sexual.

A outra mulher (Q. n.º97) que era casada e está actualmente separada dissemelha-se de todas as outras pelo facto de ter hoje parceiro fixo, que é o mesmo de antes de ter sido intervencionada – o actual esposo. No entanto, apresenta algumas semelhanças com o penúltimo caso (Q. n.º52) analisado. Para além de, também ter engordado e estar a ser submetida a terapia com tamoxifeno, esta mulher, também vê a vida sexual como um forte motor para o relacionamento do casal e admite ter tido uma vida conjugal muito boa antes da cirurgia, porém, os *scores* relativos à sua satisfação sexual revelam uma fraca qualidade da mesma. A questão, óbvia, que se levanta é a seguinte: que sentido tem, estar esta mulher a viver um processo de separação, se a mesma considera ter tido uma relação

ótima com o seu esposo, antes da cirurgia? Parece justo considerar que nesta mulher, tal como a mulher relativa ao Q. n.º52, o processo de separação é unilateral e que é, muito provavelmente, motivado pela doença; situação que já se verificou em mais alguns casos anteriormente descritos.

A mulher que vivia em união de facto/coabitação (Q. n.º93) tem um particular interesse por ser das poucas mulheres inquiridas a viver separada, mas com parceiro sexual ocasional. Ela considera que a vida sexual é importante na relação do casal, porém, teve uma má experiência relativa ao seu relacionamento conjugal anterior à cirurgia. Esta mulher, apesar de ter parceiros sexuais ocasionalmente, apresenta um dos *scores* mais baixos relativamente à qualidade da sua satisfação sexual. Sublinha-se que é uma mulher muito nova (44 anos) e que foi sujeita a uma mastectomia radical modificada.

### **As mulheres que permanecem solteiras**

As mulheres que viviam outrora solteiras permanecem solteiras. Este grupo revelou-se bastante homogéneo. Apesar de duas destas mulheres apresentarem parceiro sexual fixo antes da cirurgia, nenhuma das três (Tabela n.º4) dá qualquer parecer acerca das suas vidas conjugais antes da cirurgia. Curiosamente, a única deste grupo, a responder aos *itens* que controlam a escala de satisfação sexual, é justamente aquela que não tem, nem teve parceiro sexual antes da cirurgia. As suas respostas são evocativas de uma fraca qualidade na sua satisfação sexual. Por outro lado, a que tem parceiro fixo hoje, e a que teve parceiro fixo antes da cirurgia à mama e que não tem actualmente, não dão qualquer resposta relativa aos *itens* da referida escala, indiciando uma provável abstinência sexual.

#### **2.4.3 - O contributo do parceiro/cônjuge para uma vida sexual mais satisfatória**

No sentido de se perceber a influência que a relação conjugal anterior à cirurgia à mama poderá ter, sobretudo, sobre a qualidade da satisfação sexual das mulheres inquiridas, elaborou-se a questão “como caracteriza o seu relacionamento conjugal antes da cirurgia à mama?” (pergunta n.º20 do questionário). Constata-se que, através do *score* das respostas à referida pergunta, só 10% das mulheres que compõem a amostra assumem ter tido uma relação conjugal anterior à cirurgia pouco ou nada satisfatória, pelo contrário, as restantes 90% consideram ter sido moderadamente ou muito felizes na relação com o seu parceiro, antes da cirurgia; sublinha-se, porém, que cerca de 48% do total de mulheres inquiridas dá a resposta máxima à pergunta, isto é, reconhecem que a sua relação conjugal antes da cirurgia era muito satisfatória.

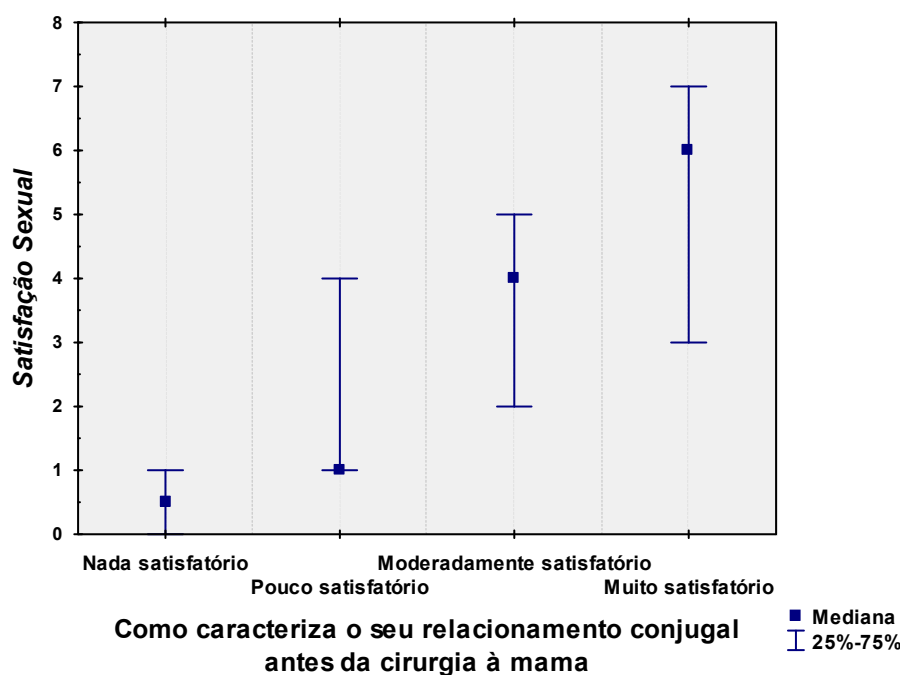


Gráfico nº 13: Distribuição da variável satisfação sexual em função do factor "relacionamento conjugal antes da cirurgia"

Entretanto, estudou-se a relação entre a qualidade do relacionamento conjugal anterior à cirurgia e o *score* da escala de satisfação sexual. Para o referido estudo utilizou-se o cálculo do coeficiente de correlação Spearman de onde se depreendeu que existe uma relação linear forte, positiva e muito significativa entre as variáveis ( $r=0,359$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º35). Curiosamente os *itens*/factores da referida escala cujas correlações se revelaram significativas são a "frequência de beijos e carícias" ( $r=0,278$ ;  $p=0,004$ ), "comunicação sobre os desejos com o parceiro" ( $r=0,278$ ;  $p=0,004$ ), o "número de vezes que pratica sexo" ( $r=0,264$ ;  $p=0,007$ ), a "frequência de toque na região operada" ( $r=0,232$ ;  $p=0,018$ ) e a "sensação de satisfação do toque na região operada" ( $r=0,209$ ;  $p=0,034$ ). Sublinha-se que são justamente estes, os *itens*/factores da escala de satisfação sexual que evocam, explicitamente, a qualidade da relação sexual entre a inquirida e o seu parceiro/cônjuge. Resumindo, constata-se que um melhor relacionamento conjugal anterior à amputação cirúrgica da mama poderá reflectir-se positivamente na qualidade da satisfação sexual destas.

Importa referir, contudo, que a evidência aponta para que, quanto melhor o relacionamento conjugal anterior à cirurgia, melhor a imagem corporal e maior a valorização relativa à vida actualmente. Assim sendo, o *score* das respostas à pergunta n.º20 do questionário apresenta uma correlação linear, forte, positiva e muito significativa com a imagem corporal ( $r=0,252$ ;  $p=0,009$ ), conceito do corpo ( $r=0,288$ ;  $p=0,002$ ), percepção do corpo doente ( $r=0,289$ ;  $p=0,002$ ), e a vivência após a cirúrgica ( $r=0,375$ ;  $p=0,000$ ). Curiosamente, as correlações mais fortes que se encontraram, entre o *score* das respostas à pergunta n.º20 do questionário e cada uma das escalas que controlam as variáveis imagem corporal e

vivência após a cirurgia, respectivamente, foram precisamente com os *itens* que enunciam directamente o parceiro/cônjuge. Os *itens* referidos são: “dá mais valor ao seu cônjuge/parceiro” ( $r=0,377$ ;  $p=0,000$ ) – da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama – e “o meu parceiro gosta do meu corpo” ( $r=0,369$ ;  $p=0,000$ ) – da escala de imagem corporal: como me relaciono com o meu corpo. Sintetizando, estes resultados parecem indicar três ideias distintas. Por um lado, que um relacionamento conjugal satisfatório anterior à cirurgia à mama, aumenta a probabilidade destas mulheres apresentarem menos preocupações em relação à aparência do corpo, e de terem mais vontade de viver hoje em dia. Por outro, que as mulheres inquiridas atribuem uma elevada importância aos seus parceiros, isto é, pressupõe-se que os parceiros deverão ter um papel central no processo de adaptação destas mulheres à doença e aos tratamentos. Por último, que estas mulheres valorizam bastante o juízo de valor que os seus parceiros fazem acerca dos seus corpos e aparência.

## 2.5 – Contributo para uma melhor compreensão da satisfação sexual após amputação cirúrgica da mama

O principal objectivo deste capítulo é justamente, e tal como o título do mesmo suscita, traçar algumas considerações acerca do processo adaptativo da vida sexual das mulheres que compõem a amostra. A variável que irá estar no centro da discussão é a satisfação sexual.

### As respostas aos *itens* da escala de satisfação sexual

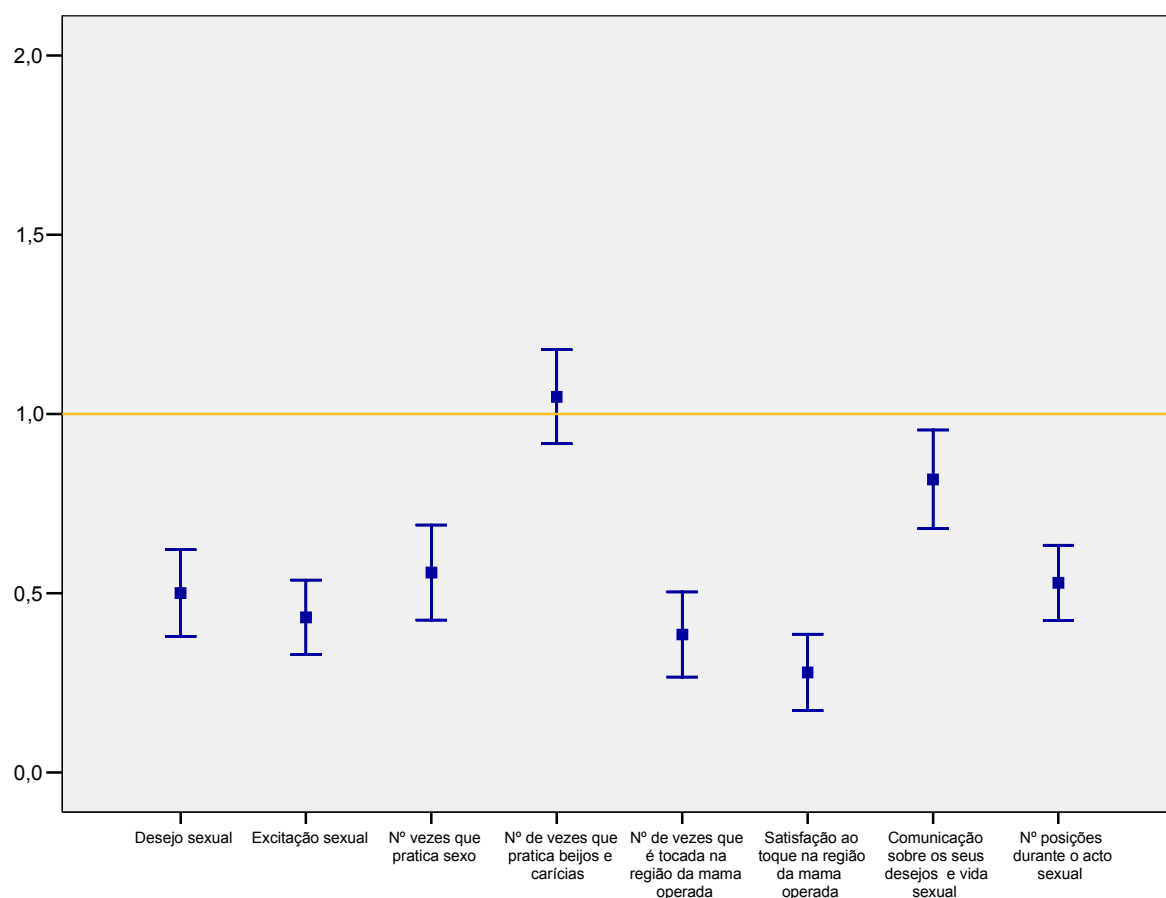


Gráfico nº 14: Tendência das respostas aos *itens* da escala de satisfação sexual

No que respeita à tendência das respostas da amostra aos *itens* da escala de satisfação sexual constatou-se que a quase totalidade das mulheres intervencionadas tem hoje uma satisfação sexual pior, qualitativamente, que antes da amputação cirúrgica da mama.

Os *itens* que apresentam os *scores* mais baixas foram os relativos à frequência do toque e sensação de satisfação do toque na região da mama intervencionada.

A generalidade das mulheres que compõem a amostra apresenta uma diminuição considerável do número de vezes que praticam sexo, do número de posições durante o acto sexual, do desejo sexual e excitação sexual.

A “prática de beijos e carícias com o parceiro” é o único *item* cujas respostas se situam ligeiramente acima da *resposta neutra*, ou seja, a generalidade das mulheres inquiridas apresentam hoje uma prática mais frequente de beijos e carícias que no período anterior à cirurgia. Muito próximo do valor da *resposta neutra* encontra-se o *score* do *item* “comunicação sobre os seus desejos e vida sexual com o parceiro”. Este facto indicia que,

de uma forma geral, as mulheres inquiridas parecem manter conservada a *comunicação sexual* com o parceiro.

É interessante verificar que são os dois *itens*, cuja média dos seus *scores* é mais elevada, aqueles que evocam uma sexualidade menos física, ou melhor, aqueles que indiciam uma sexualidade que não está directamente vinculada ao acto sexual. Por sua vez, o gráfico n.º14 permite constatar também, que são justamente os dois *itens* que se assemelham por apelarem explicitamente à região da mama intervencionada, para além de terem uma relação mais próxima com o acto sexual propriamente dito, os que apresentam as médias dos seus *scores* mais baixas. Parece evidente que, estando o número de vezes que é tocada na região da mama intervencionada e a sensação de satisfação ao toque na mesma bastante diminuídos, em relação ao período anterior à cirurgia, para a generalidade destas mulheres as mamas desempenhavam um importante papel na obtenção de uma sexualidade satisfatório.

### **O desejo e a excitação sexual**

Sem grandes surpresas constata-se que as mulheres inquiridas apresentam uma correlação muito forte, positiva e muito significativa entre a excitação sexual e o desejo sexual ( $r=0,807$ ;  $p=0,000$ ). Esta relação é tão forte que uma das variáveis explica a variabilidade da outra em cerca de 65% ( $r^2=0,651$ ). Por sua vez, a amostra mantém uma correlação, com características idênticas, entre cada um dos factores anteriormente referidos e o *item/factor* “número de vezes que pratica sexo” ( $r=0,624$ ;  $p=0,000$  e  $r=0,657$ ;  $p=0,000$ , respectivamente) (Quadro n.º36). As mulheres que manifestam níveis de excitação e desejo sexual conservados ou aumentados são as que, de uma forma geral, têm mantido a prática frequente de sexo.

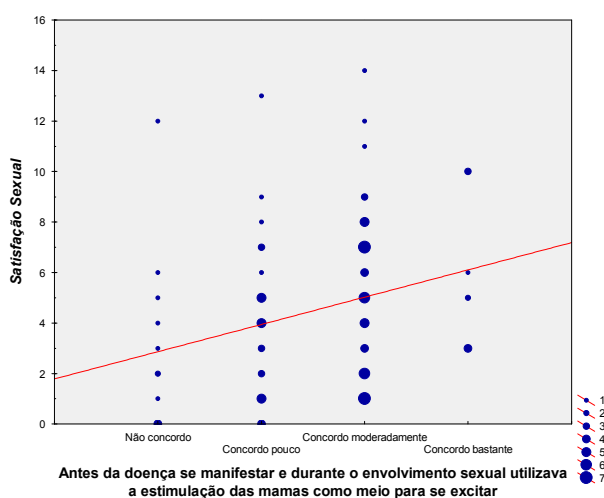
### **A prática regular de beijos e carícias e a comunicação sexual assertiva como motores para uma sexualidade mais satisfatória**

Verificou-se uma correlação muito forte, positiva e muito significativa entre os *itens/factores* “número de vezes que praticam beijos e carícias com o parceiro” e “comunicação sobre os desejos e vida sexual com o seu parceiro” ( $r=0,632$ ;  $p=0,000$ ). Nesta correlação uma das variáveis explica a variabilidade da outra em cerca de 40% ( $r^2=0,399$ ). Parece que uma prática aumentada de beijos e carícias é extremamente influenciada pela assertividade comunicacional estabelecida pelo casal, e/ou vice-versa. É muito interessante verificar porém, que os dois factores mencionados estão fortemente, positivamente e significativamente relacionados com todos os *itens* que compõem a escala de satisfação

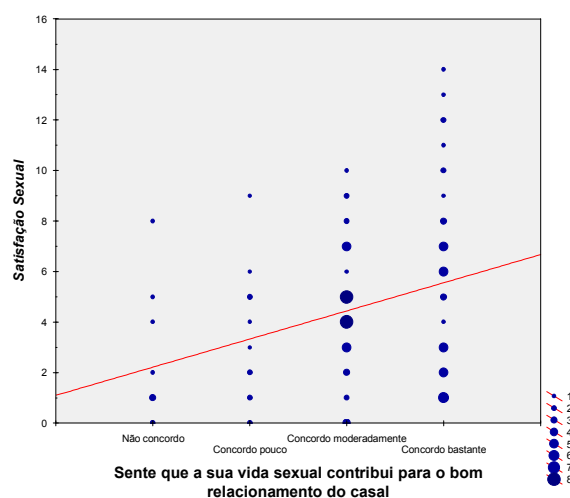
sexual. Isto é, nos casais onde é frequente a prática de beijos e carícias, assim como, a prática de uma comunicação sexual assertiva, encontram-se mulheres que apresentam uma satisfação sexual global qualitativamente melhor, do que as mulheres que não utilizam regularmente as práticas anteriormente referidas. É legítimo concluir, através dos resultados obtidos com o cálculo dos coeficientes de correlação de Spearman entre todos os *itens* da escala de satisfação sexual, que quando não se verifica uma prática regular de beijos e carícias e uma comunicação sexual assertiva, a função sexual do casal fica altamente comprometida. Parece inegável, portanto, a centralidade do papel da comunicação, beijos e carícias, na satisfação sexual global destas mulheres.

### Acerca da sensação de satisfação ao toque na região da mama intervencionada

Quando se cruzaram todas as questões do inquérito, relativas à sexualidade, com o *item/factor* “sensação de satisfação do toque na região da mama operada” verificaram-se algumas constatações que importam relevar. Para além das correlações com os *itens/factores* relativos à comunicação sexual e prática de beijo e carícias, anteriormente mencionadas, o referido factor apresenta mais três correlações, fortes, positivas e muito significativas. Com as respostas às perguntas n.º23 do questionário – “Antes da doença se manifestar e durante o envolvimento sexual utilizava a estimulação das mamas como meio para se excitar?” ( $r=0,263$ ;  $p=0,006$ ) –, n.º21 – “Sente que a sua vida sexual contribui para o bom relacionamento do casal?” ( $r=0,298$ ;  $p=0,002$ ) –, e com as respostas ao *item/factor* da escala de satisfação sexual “número de vezes que é tocada pelo seu parceiro na região da mama operada” ( $r=0,572$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º37).



**Gráfico nº 15:** Distribuição da variável satisfação sexual em função do factor “estimulação das mamas como meio para se excitar”



**Gráfico nº 16:** Distribuição da variável satisfação sexual em função do factor “vida sexual contribui para o relacionamento conjugal”

Relembra-se que a elaboração da questão n.º23 do questionário teve por base os testemunhos das 15 mulheres anteriormente entrevistadas. Relembra-se ainda que as mulheres que durante a entrevista evocaram a questão da estimulação das mamas, referiram que mesmo antes da doença se manifestar não tinham por hábito utilizarem a estimulação das mesmas como um meio para se excitarem durante o acto sexual. Uma constatação desde género, a ser verdade para a generalidade das mulheres que compõem a amostra, poderia levar a um questionamento relativo à importância do papel que as mamas desempenham na sexualidade feminina. Ou melhor, no papel que as mamas poderiam eventualmente ter na obtenção de prazer, por parte das mulheres, durante o acto sexual. Porém, os resultados obtidos a partir das respostas das mulheres que compõem a amostra revelam que só cerca de 42% destas mulheres refere que concorda pouco ou nada com o facto de obterem prazer a partir da estimulação das mamas durante o acto sexual. Por sua vez, a restante maioria admite exactamente o contrário, onde 25% dos 58% responderam “concordo bastante”. É justo sublinhar a importância destes resultados, pois revelam que a generalidade das mulheres inquiridas atribuem uma importância efectiva às suas mamas com vista à obtenção de prazer sexual. Veja-se, por exemplo, através do gráfico n.º15 a correlação forte entre esta e o *score* da escala de satisfação sexual ( $r=0,307$ ;  $p=0,002$ ) (Quadro n.º37). Entretanto, procedeu-se a mais um conjunto de cruzamentos no sentido de se tentar perceber se os *scores* da resposta à pergunta n.º23 do questionário são influenciados por algum factor de caracterização social destas mulheres, e nada se encontrou.

A questão n.º21 do questionário, por sua vez, apresenta os seguintes resultados: Cerca de 22% das mulheres inquiridas consideram que a vida sexual não contribui, ou contribui pouco, para o bom relacionamento do casal. As restantes 78% sentem que contribui moderadamente ou bastante para o bom relacionamento do casal; sublinha-se que cerca de metade destas deram a resposta máxima à referida pergunta (concordo bastante). O *score* das respostas à pergunta n.º21 do questionário não é influenciado por nenhum factor de caracterização social. Importa relevar que, o *score* das respostas à referida pergunta apresenta uma correlação forte, linear e muito significativa com o *score* da escala de imagem corporal ( $r=0,298$ ;  $p=0,003$ ) (Quadro n.º37) como se pode ver através do gráfico n.º16. A evidência parece indicar uma melhor qualidade na satisfação sexual nas mulheres que sentem que a vida sexual contribui para o bom relacionamento do casal.

Depois de expostas algumas considerações acerca dos *scores* das perguntas n.º21 e 23, importa retomar a questão das correlações que se estabelecem com o *item*/factor “sensação de satisfação ao toque na região da mama operada”.

As mulheres que obtinham excitação sexual através da estimulação das mamas apresentam hoje uma sensação de satisfação ao toque na região da mama intervencionada

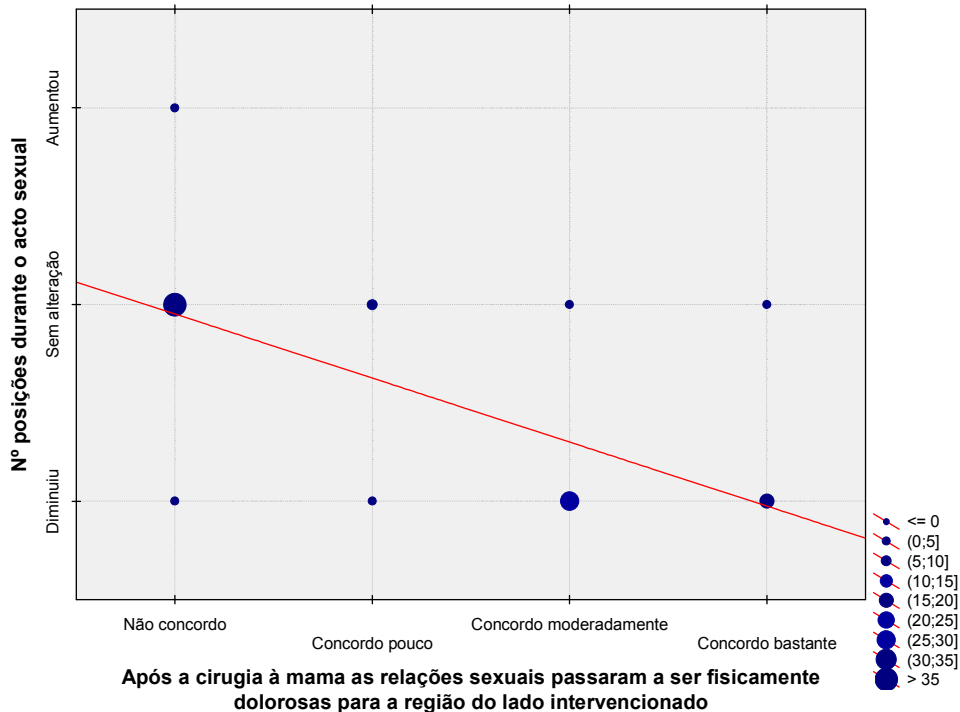
melhor conservada. Quando a mama outrora era utilizada como veículo para a obtenção de prazer sexual, a região corporal que lhe corresponde, continua actualmente a dar um importante contributo para uma melhor satisfação sexual destas mulheres. Este contributo para uma melhor satisfação sexual deve, por sua vez, ser articulado com o *score* das respostas à pergunta n.º21 do questionário. A generalidade das mulheres da amostra que admitem sentir uma satisfação ao toque na região da mama intervencionada melhor conservada, eventualmente aumentada, sentem também que a vida sexual contribui fortemente para a relação conjugal. Sublinha-se, contudo, o facto de que são justamente as mulheres que mantêm satisfação ao toque na região da mama intervencionada, as que são mais frequentemente tocadas, pelos seus parceiros, na mesma.

Importa agora falar sobre as repercussões que o facto de existir dor, durante a relação sexual, para a região intervencionada, poderá ter na sensação de prazer ao toque da referida região.

#### **A sensação de satisfação do toque na região da mama intervencionada *versus* a sensação dolorosa da mesma**

Poder-se-ia esperar uma diminuição da sensação de satisfação e/ou frequência ao toque na região intervencionada motivada pela sensação dolorosa para a referida região. No entanto, verifica-se através do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman que a relação entre a sensação dolorosa indagada através da pergunta n.º24 do questionário “após a operação à mama, as relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas para a região do peito/tronco/braço do lado operado?” e os referidos factores, embora negativa, não se revelou estatisticamente significativa, e nem próxima do limiar de significância ( $r=-0,081$ ;  $p=0,414$ ;  $r=-0,054$ ;  $p=0,472$ , respectivamente) (Quadro n.º37). Isto é, não existe evidência de que o facto de existir dor na região da mama intervencionada atenua a sensação de satisfação e frequência ao toque da mesma. Será arriscado afirmar que a sensação de prazer relativa ao toque da região operada parece suplantar a sensação dolorosa da mesma?

## A dor e a limitação dos movimentos durante o acto sexual



**Gráfico n.º 17:** Distribuição do factor “número de posições durante o acto sexual” em função do factor “sensação dolorosa para a região intervencionada”

Retomando os dados obtidos, a partir dos coeficientes de correlação de Spearman dos *itens* da escala de satisfação sexual, torna-se difícil dar uma explicação lógica ao “comportamento” do *item*/factor “número de posições durante o acto sexual”. Para além de estabelecer relação com os factores anteriormente citados (comunicação sexual e prática de beijos e carícias) apresenta também, uma correlação no limiar de significância com o *item*/factor “sensação de satisfação ao toque na região operada”. No entanto, quando se cruzou o factor relativo ao número de posições durante o acto sexual com os *scores* das respostas à pergunta n.º24 do questionário “após a operação à mama, as relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas para a região do peito/tronco/braço do lado operado?”, concluiu-se que existe uma relação linear muito forte, negativa e muito significativa entre elas ( $r=-0,709$ ;  $p=0,000$ ) (Quadro n.º38). Esta relação é tão forte que uma das variáveis explica a variabilidade da outra em cerca de **50%** ( $r^2=0,503$ ). Em suma, a evidência parece mostrar que o número de posições adoptadas pelas mulheres inquiridas, durante um relacionamento sexual, é altamente, e negativamente, influenciado pela sensação de dor durante o acto sexual. O gráfico n.º17 permite visualizar claramente que a generalidade das mulheres que concordam moderadamente ou bastante com o facto de terem dor na região intervencionada diminuiriam o número de posições durante o acto

sexual. Importa relevar que as mulheres que foram intervencionadas há menos de dois anos são as que referem ter maior dor no lado da região mutilada e conseqüentemente, as que apresentam maiores limitações de movimentos durante o acto sexual.

Para além da influência negativa que a existência de dor física na região intervencionada exerce sobre a mobilidade durante o acto sexual, encontrou-se outra hipótese explicativa à limitação relativa aos posicionamentos adoptados durante o relacionamento sexual. Na verdade, a vergonha em relação à aparência física está negativamente e significativamente correlacionado com o número de posições adoptadas durante o acto sexual ( $r=-0,283$ ;  $p=0,003$ ). Provavelmente estas mulheres procuram as posições durante o acto sexual que acham que lhes favorece mais a aparência física.

---

## ***VI. CONCLUSÕES***

Num estudo com as características do tipo descritivo, analítico e correlacional definiram-se um conjunto de questões de partida direccionadas para conhecer a forma como as mulheres com cancro da mama e sujeitas a amputação cirúrgica da mesma passaram a perspectivar as suas vidas depois da referida cirurgia. Pretendeu-se saber como surge influenciada a imagem corporal e qualidade da satisfação sexual pelos factores idade, técnica cirúrgica utilizada, complicações resultantes da cirurgia, terapias co-adjuvantes a que é submetida e o tempo decorrido após a cirurgia. Foi ainda intenção desta pesquisa analisar o modo como se relacionam a imagem corporal e a satisfação sexual das mulheres intervencionadas.

Considerou-se como variáveis independentes a idade, a técnica cirúrgica, as complicações resultantes da cirurgia, os tratamentos co-adjuvantes e o tempo decorrido após a cirurgia. Por sua vez, foram eleitas como variáveis dependentes a *vivência após cirurgia* (ver pág.56), a *imagem corporal* (ver págs.56 e 57) e a *Satisfação sexual* (ver pág.57).

Através, sobretudo, dos conteúdos captados a partir da revisão de literatura elaborou-se um questionário que, dadas as limitações demonstradas, acabou por funcionar como um pré-teste, revelando-se crucial na construção do questionário mais tarde aplicado à amostra das 124 mulheres com diagnóstico de neoplasia maligna da mama e submetidas a amputação cirúrgica da mesma. Importa relevar que foi utilizado o método de amostragem não probabilística intencional.

Paralelamente ao estudo da referida amostra foram analisadas algumas questões em torno da população alvo. De acordo com a tratamento estatístico da informação consultada, através da análise estatística dos dados fornecidos pelo HDS, EPE, constatou-se que entre 1995 e 2005 foram intervencionadas à mama 1029 mulheres com cancro da mama e que o número de intervenções cirúrgicas à mama tem vindo a aumentar discretamente.

O número de cirurgias utilizando técnicas conservadoras diminuiu, com excepção para o número de tumorectomias que aumentou ligeiramente. Por outro lado, o número de mastectomias radicais modificadas aumentou significativamente.

O número de mulheres mais jovens intervencionadas diminuiu. No entanto, o número de mulheres operadas com idades superiores a 50 anos aumentou substancialmente. A maioria das mulheres intervencionadas à mama é idosa.

Retomando a análise da amostra em estudo. No que respeita à caracterização social e situação perante a doença desta conclui-se que a média das idades é de 54 anos. A maioria é residente em Santarém (30%), Rio Maior (12%) e Cartaxo (11%). 42% possui o 1º ciclo completo, onde apenas 17% tem escolaridade superior à mínima obrigatória.

No período anterior à cirurgia cerca de 83% das mulheres eram casadas. Depois da cirurgia essa percentagem diminuiu para 73%. As que viviam em união de facto/coabitação

mantêm de uma forma global situação idêntica, porém registaram-se 3 novos casos de mulheres a viver a referida situação conjugal. Passaram a haver 5 novos casos de mulheres que se divorciaram depois da cirurgia à mama. Há 4 novos casos de mulheres em situação de viuvez que eram anteriormente casadas. Todas as mulheres separadas tinham parceiro fixo antes da cirurgia à mama. Por sua vez, as que eram solteiras permanecem solteiras.

Mais de metade tem 2 filhos. A média/mediana das idades dos mesmos é de 27 anos.

A larga maioria trabalha por conta de outrem, anteriormente à cirurgia. Porém, o número de mulheres nesta situação profissional decresce substancialmente depois da cirurgia à mama. Mais de metade estava empregada aquando da cirurgia (54%), Existindo também, um número significativo de domésticas (27%). Depois da cirurgia, o número de empregadas reduziu para metade, em contrapartida o número de reformadas quase quadruplicou.

O número de mulheres sujeitas a técnicas cirúrgicas conservadoras e a mastectomia radical modificada é idêntico. As tumorectomizadas são as que surgem em maior número dentro do conjunto das mulheres submetidas a técnica cirúrgica conservadora.

Cerca de 72% referem ter surgido alguma/as complicações decorrente/es da cirurgia. A generalidade destas apresentam distúrbio psicológico e/ou engordou e cerca de 25% das 89 mulheres com complicações tem linfedema.

A maioria das inquiridas foi intervencionada há cerca de 4 anos. O conjunto de mulheres entre o 1º e o 2º anos após cirurgia surge como o menos representado (17% do total).

Cerca de 77% está a ser sujeita a algum/ns tratamento/os co-adjuvantes. A maioria faz radioterapia e/ou tamoxifeno. A ser submetidas a quimioterapia estão apenas 9 mulheres.

#### **Relativamente à valorização da vida após a amputação cirúrgica da mama**

A generalidade das inquiridas responde que passou a dar mais valor à vida hoje do que antes da doença se manifestar. Por outro lado, admitem desvalorizar mais, hoje, os bens materiais e rejeitam o isolamento social.

As mulheres com filhos com idades entre os 18 e os 25 anos dão mais valor ao trabalho. Este facto parece estar associado à tentativa de melhor ultrapassaram a solidão sentida com uma eventual saída dos filhos de casa. Passaram também, a dar mais valor ao dinheiro; pensa-se que pela necessidade de ajudarem economicamente os seus filhos. Por sua vez, quando se analisou o conjunto de mulheres com pelo menos 1 filho com menos de 18 anos, e com pelo menos 1 filho com idades entre os 18 e os 25 anos verificou-se uma hiper-valorização do dinheiro e uma relação fortíssima entre este o valor atribuído ao

trabalho. As mulheres nesta condição têm muito provavelmente 2 filhos dependentes / semi-dependentes economicamente, logo a valorização / necessidade de trabalhar para ganhar mais dinheiro parece óbvia.

Constata-se que existe uma relação forte, positiva e muito significativa entre a vontade de viver e a presença de parceiro, filhos, família e amigos na vida destas mulheres. Um forte suporte sócio-familiar poderá estar na base de uma visão mais optimista sobre o existir. Por outro lado, os 22% que privilegiam o isolamento desvalorizam a relação com a família e com os amigos. Estas apresentam menos vontade de viver actualmente.

As mulheres que estão a ser submetidas a hormoterapia com tamoxifeno apresentam um *score* da escala de vivência após amputação cirúrgica da mama inferior às que não fazem terapia com o referido fármaco.

### **Considerações acerca da imagem corporal da amostra**

As mulheres inquiridas, de uma forma geral, apresentam baixos níveis de depreciação em relação ao corpo no geral e aparência física.

A maior preocupação da generalidade destas mulheres em relação à sua imagem corporal prende-se com o facto de sentirem o corpo incompleto. Algumas das inquiridas mantêm a crença de que o corpo é fundamental na relação entre o homem e a mulher, independentemente da desvalorização que estas possam ter em relação à sua imagem corporal.

Parece que a generalidade das mulheres que procuram disfarçar as suas imperfeições físicas valorizam bastante a relação corporal que estabelecem com os seus parceiros.

A relação que estabelecem com o corpo e aparência física revelou-se independente da idade das mesmas.

Constata-se que existe, por um lado, uma preocupação com a integridade do corpo que varia consoante a deformidade provocada pela amputação cirúrgica. Na verdade, verificou-se que quanto maior a deformidade da cirurgia maior a depreciação relativamente à imagem corporal. Por outro lado, a generalidade das mulheres submetidas a cirurgias mais ablativas mantêm uma conservação relativa ao corpo e aparência física no geral.

A depreciação da imagem corporal da amostra parece fortemente influenciada pela existência de complicações, decorrentes da cirurgia, de ordem exclusivamente física – obesidade e linfedema. Por sua vez, mulheres com distúrbio de ordem psicológica, sem qualquer perturbação física, não apresentam qualquer indício de depreciação da imagem corporal quando comparadas com as “saudáveis”. Releva-se que as mulheres com alterações, consequentes da intervenção cirúrgica, de ordem exclusivamente física

apresentam uma pior relação com o corpo no geral e aparência física, quando foram comparadas com as mulheres sem complicações/“saudáveis”. Pensa-se que esta constatação poderá estar associada à dificuldade de disfarçar/camuflar as referidas alterações de índole física.

O tempo decorrido após a cirurgia à mama não parece ter qualquer influência sobre a imagem corporal da amostra.

A relação estabelecida com o corpo, aparência física e preocupação com integridade do mesmo não parecem ser influenciados pelo facto de estarem a ser sujeitas a algum tipo de tratamento co-adjuvante.

Sublinha-se que a qualidade da satisfação sexual das inquiridas não se revelou influenciada pelos factores idade, técnica cirúrgica/tipo de cirurgia utilizado, complicações resultantes da cirurgia, tratamentos co-adjuvantes e tempo decorrido após a cirurgia.

Todavia, verificou-se uma relação muito forte entre a imagem corporal e satisfação sexual. Constata-se que mulheres que apresentam uma satisfação sexual conservada ou melhorada denotam uma melhor imagem corporal. A alteração da integridade do corpo provocada pela cirurgia surge como factor altamente Influenciador de uma sexualidade menos satisfatória.

#### **O contributo do parceiro/cônjuge para uma vida sexual mais satisfatória**

Só 10% das inquiridas afirmam ter tido uma relação conjugal anterior à cirurgia pouco ou nada satisfatória. Tudo parece indicar que um melhor relacionamento conjugal antes da amputação cirúrgica à mama poderá reflectir-se positivamente na qualidade da satisfação sexual destas, assim como, aumentar a probabilidade destas apresentarem menos preocupações em relação à aparência física e de terem mais vontade de viver actualmente.

A generalidade da amostra atribui uma elevada importância ao parceiro/cônjuge, o que pressupõe que este terá um papel central no processo adaptativo destas mulheres em relação à doença e tratamentos. Por outro lado, os resultados parecem indiciar que as inquiridas valorizam profundamente o juízo que os seus parceiros fazem acerca dos seus corpos e aparência física.

#### **Acerca da qualidade da satisfação sexual das mulheres inquiridas:**

A quase generalidade das mulheres inquiridas tem hoje uma satisfação sexual qualitativamente pior que antes da intervenção cirurgia à mama. A frequência e satisfação ao toque da região intervencionada apresentam os *scores* mais baixos da escala que controla a variável *satisfação sexual*.

De uma forma geral as inquiridas apresentam hoje uma prática mais frequente de beijos e carícias e mantêm a conservação da comunicação, acerca de conteúdos que envolvem a sexualidade, com o parceiro. Verificou-se também que, quando não existe uma prática regular de beijos e carícias e uma comunicação sexual assertiva, a função sexual do casal fica altamente comprometida.

As mulheres cuja excitação e desejo sexual se manteve conservada ou aumentada também mantêm uma prática de sexo conservada.

42% das inquiridas concorda pouco ou nada com facto de obterem prazer a partir da estimulação das mamas durante o acto sexual. Porém, verificou-se uma correlação forte, positiva e muito significativa entre o factor “utiliza a estimulação das mamas como meio para se excitar” e o *score* da escala de satisfação sexual.

22% das mulheres da amostra consideram que a vida sexual não contribui, ou contribui pouco, para o bom relacionamento do casal. Constatou-se uma correlação forte, positiva e muito significativa entre o factor “a vida sexual contribui para o bom relacionamento do casal” com o *score* da escala de satisfação sexual.

As mulheres que outrora utilizavam as mamas como meio para se excitarem sexualmente apresentam, actualmente, a sensação de satisfação ao toque na região da mama intervencionada melhor conservada. Por sua vez, a generalidade das inquiridas que de alguma forma mantêm conservada a sensação de satisfação ao toque, sentem que a vida sexual contribui fortemente para a relação do casal. Estas são também mais frequentemente tocadas pelos parceiros na referida região.

Verificou-se que o facto de existir dor na região da mama intervencionada não influencia directamente a satisfação ao toque da mesma região. A sensação de satisfação ao toque da região intervencionada não parece diminuir pelo facto de existir dor no mesmo local.

Relativamente à limitação dos movimentos durante o acto sexual encontraram-se duas interessantes constatações. Por um lado, pensa-se que o facto de existir sensação dolorosa na região da mama amputada diminui a disponibilidade física para o acto sexual limitando o número de posições durante o mesmo; por outro, parece que as mulheres que revelam maiores preocupações/vergonha em relação à aparência física também apresentam uma redução considerável do número de posições durante o acto sexual.

Para além de todas as dificuldades sentidas, referenciadas no capítulo n.º5 da parte III. *Procedimentos metodológicos*, importa destacar também, um conjunto de outras limitações de ordem metodológica.

Se por um lado, o carácter exploratório desta pesquisa possibilitou explorar algumas bases para posteriores questões de partida para novas investigações, por outro, existe a

consciência de que os resultados da mesma não são possíveis de ser generalizados, dadas as dimensões da amostra envolvida e restrição ao contexto de apenas uma unidade hospitalar.

Embora estivesse previsto no desenho inicial do estudo, não foi possível avaliar os benefícios da reconstrução mamária, ao nível da imagem corporal e qualidade da satisfação sexual, dado o reduzido número de casos; do total de mulheres que se contactou para participar no estudo surge apenas uma mulher que tinha sido sujeita ao referido procedimento cirúrgico depois de submetida a mastectomia radical modificada. Sublinha-se que este caso foi excluído do presente estudo justamente por ser incorrecto incluí-lo no grupo das mulheres sujeitas a mastectomia radial modificada.

A fraca representatividade do número de mulheres sujeitas a tratamento com quimioterapia inviabilizou a análise da influência da referida terapia sobre a imagem corporal e satisfação sexual.

Espera-se que o presente estudo possa contribuir, através da mobilização dos seus resultados, para o contexto da prática dos cuidados, designadamente, nas fases do acompanhamento pré e pós-operatório.

Pensa-se que os/as profissionais de saúde, para além de se centrarem, sobretudo, na doença e nos tratamentos dos/as seus/uas doentes, devem também esforçar-se para romper com a visão biomédica dominante. Durante o acompanhamento de mulheres com cancro da mama e submetidas a tratamentos cirúrgicos e medicamentosos, enfermeiras/os e os restante profissionais de saúde devem estar cada vez mais atentos às várias dimensões da pessoa, à forma como estas se relacionam com o meio que as rodeia, familiares, amigos, e especialmente o parceiro/cônjuge, ao modo como valorizam as suas vidas, os seus corpos, a sua sexualidade.

Finaliza-se esta pesquisa com um conjunto de pistas que podem contribuir para a melhoria das condições de realização de futuros estudos nesta área.

Seria interessante alargar a pesquisa a um número mais elevado de unidades de saúde.

Porque a cirurgia reconstrutiva da mama não é uma prática corrente, mas apenas excepcional nos hospitais públicos (Batista, 1999), seria indiscutivelmente relevante avaliar os eventuais benefícios deste procedimento em termos da qualidade de vida.

Demonstrada a extrema importância do papel do parceiro/cônjuge na adaptação à realidade de doença e tratamentos, seria interessante incluir a avaliação da adaptação e função sexual deste.

Julga-se pertinente a utilização de outros procedimentos metodológicos para a recolha de dados, como, por exemplo, o método de entrevista, possibilitando outras formas de validação da informação obtida.

Rosser (1981) citado por Batista (1999) discorda com a metodologia utilizada na investigação realizada, pela “ausência da voz das mulheres mastectomizadas”. Esta crítica ajusta-se bem à generalidade da literatura consultada, assim como, à presente pesquisa. Uma vez pré-definidas/escolhidas as questões a colocar, seja por entrevista ou questionário, acaba por se perder a evocada “voz das mulheres mastectomizadas”. Pensa-se que a auscultação directa das necessidades e dificuldades também seria uma pesquisa igualmente importante a incluir em futuros estudos.

---

## ***VII. BIBLIOGRAFIA***

AHYA, P. et al. (2000) – **Desafios de Enfermagem em Cuidados Paliativos «Cuidar»: Ética e Práticas**. Loures: Lusociência.

ALMEIDA, M. E. (1991) – Cuidar: Um encontro que convida a viver. **Divulgação**, nº20, Outubro, pp.45-47.

ALTSCHULER, J. (1997) – **Working with Chronic Illness**. London: Ed. Macmillan Press Ltd.

BARNI, S.; MONDIN, R. (1997) – Sexual Dysfunction in treated Breast Cancer Patients. **Annals of Oncology**, 8, pp.149-153.

BATISTA, M. C. S. (1999) – **Contributo para uma melhor compreensão da Morbilidade Sexual e da Perturbação da Imagem corporal da Mulher Mastectomizada**. Porto (Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas, orientada pelo Prof. Júlio Machado Vaz e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto).

BOLANDER, V. B. (1998) – **Enfermagem Fundamental**. 1ª ed., Lisboa: Lusodidacta, pp.1852-1881.

BONA et al. (1997) – **Breast Cancer, a Clinical Guide to Therapy**. London: Martin Dunitz.

BREDIN, M. (1999) - Mastectomy, body image and therapeutic massage: a qualitative study of women´s experience. **Journal of advanced nursing**, nº29:5, pp.1113-1120.

CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. (1990) – **Body Images – Development, Deviance and change**. New York: The Guilford Press.

COLLIÈRE, M. F. (1989) – **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato do Enfermeiros Portugueses.

COHEN, M. et al. (1998) – Beyond body image: the experience of breast cancer. **Oncology nursing fórum**, 25:5, pp. 835-841.

CONDE, J. (1990) – A Prevenção do cancro em todas as semanas do ano. **Servir**, nº 38, Julho/Agosto, pp.173-179.

CRANE, R. (2000) – Cancro da Mama. In OTTO Shirley E. – **Enfermagem em Oncologia**. 3ª ed., Loures: Lusiciência.

CUPACH, W. R; CONSTOCK, J. (1990) – Satisfaction with sexual communication in marriage: Links to sexual satisfaction and dyadic adjustment. **Journal of Social and Personal Relationship**, 7, pp.179-186.

KISSANE, D. et al. (2004) – **Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer**. Sydney: National Breast Cancer Centre.

DUARTE, D. L. (1995) – **A Esmeralda Perdida: A Informação à Doente com Cancro da Mama**. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

DUNN, K. M; CROFT, P.R; HACKETT, G. I. (2000) - Satisfaction in the sex life of a general population sample. **Journal of Sex and Marital Therapy**, 26, pp.141-151.

DYERS, E. S; DEMMONS, S. (1999) – Sexual Satisfaction and Sexual Self-Disclosure within Dating Relationships. **The Journal of Sex Research**, 36(2), pp.180-189.

FERREIRA, F. C. M. L. (2004) – **Sofrimento de Mulheres Mastectomizadas submetidas a Quimioterapia**. Coimbra (Dissertação a apresentar ao concurso de provas públicas, para provimento à categoria de Professor-Coordenador da carreira de pessoal docente do Ensino Superior Politécnico).

GOMES, A. (1989) – Cuidados de enfermagem a doentes portadores de cancro da mama e submetidos a mastectomia. **Divulgação**, nº10, pp.22-27.

GUEDES, F. (Dir.) (2004) – **A Enciclopédia**. Volumes 6 e 24. Lisboa: Público.

HAAVIO-MANNILA, E; KONTULA, O. (1997) - Correlates of increased sexual satisfaction. **Archives of Sexual Behaviour**, 26(4), pp.399-419.

HESBEEN, W. (2000) – **Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do Cuidar**. Loures: Lusociência.

HOPWOOD, P. (1993) - The assessment of body image in cancer patients. **European journal of cancer**, 29 A; 2, pp.276-281.

HOPWOOD, P. et al. (2001). A body image for use with cancer patients. **European Journal of Cancer**, 37, pp.189-197.

KAPLAN, H. S. (1999) – A neglected issue: The sexual side effects of current treatment for breast cancer. **Journal of sex and marital therapy**, 18, pp.3-19.

KUBLER-ROSS, E. (1996) – **Sobre a morte e o morrer**. 7ª ed., São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.

LALANDA, P. (1995) – Del aprender a cuidar. **Rol**, nº119-120, Julho-Agosto, pp.79-82.

LAUMANN, E. O; PAIK, A; ROSEN, R. C. (1999) – Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors. **Journal of the American Medical Association**, 281, pp.537-544.

LOPES, M. (1997) – A Integração do Doente Oncológico no seu meio Bio-Sócio-Familiar. **Enfermagem em Foco, SEP**, 28: 3, Agosto/Outubro, pp.25-29.

MARGOLIS, G. J.; GOODMAN, R. L.; Rubin, A. (1990) – Psychological effects of breast conserving cancer treatment and mastectomy. **Psychosomatics**, 31, pp.33-39.

MARQUES, S. D. J. (2003) – Impacto emocional da mastectomia na mulher. **Nursing**, nº173, pp. 7-10.

MARQUES, A. R. et al. (1991) – **Reacções Emocionais à Doença Grave: Como Lidar**. 1ª ed., Coimbra: Edições Psiquiatria Clínica.

MELO, E. M. (2002) – Mulheres Mastectomizadas em Tratamento Quimioterápico: Um estudo dos comportamentos na perspectiva do modelo adaptativo de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, nº48, pp.21-28.

MESQUITA, E. (2005) – Influencia de la Mastectomia en los roles de la mujer y la familia. **Enfermería Integral**, Dezembro, pp. 9-14. [Em linha]. [consult. 05 Abr. 2007]. Disponível em [http://www.enfervalencia.org/ei/ultimo\\_numero/72/articulos-cientificos/02.-INFLUENCIA.pdf](http://www.enfervalencia.org/ei/ultimo_numero/72/articulos-cientificos/02.-INFLUENCIA.pdf)

MOCK, V. (1993) – Body Image in Women Treated for Breast Cancer. **Nursing Research**, 42: 3, Agosto, pp-14-23.

MORA, L. D. (1999) – Mama. In PEREIRA, C. A. e Col. – **Cirurgia: Patologia e Clínica**. Amadora: Editora Mc Graw-Hill.

NUNES, M. J.; NEVES, M. A. (1997) – A Mulher Mastectomizada: Que Reacções? Que Consequências? **Revista Nursing**, 112:10, Junho, pp. 19-22.

OLIVEIRA, I. M. S. (2000) – **Vivências da mulher mastectomizada. Abordagem fenomenológica da relação com o corpo**. Porto (Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, orientado pela Mestre Margarida Maria da Silva Vieira e apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto).

PALHINHAS, P.; TAPADINHAS, A.; GOUVEIA, P. (2006) – Validação da escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”: Estudo com uma amostra de mulheres com cancro da mama. *In Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde: Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

PAYNE, D. et al. (1996) – Women’s Psychological Reactions to Breast Cancer. **Seminars in Oncology**, 3: 1, suplemento 2, Fevereiro, pp. 89-97.

PHIPPS B. C. et al (Eds.), (1995) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica. Conceitos e Prática Clínica**. 2ª ed., Lisboa: Lusodidacta.

PITTA, G. B. B.; CASTRO, B. E. (2003) – **Angiologia e Cirurgia Vasculiar: Guia Ilustrado**. Maceió: UNCISAL / ECMAL & LAVA [Em linha]. [consult. 01 Mar. 2008]. Disponível em [http://www.lava.med.br/livro/pdf/mauro\\_linfedema.PDF](http://www.lava.med.br/livro/pdf/mauro_linfedema.PDF)

ROMANEK, K. et al. (2005) – Age differences en treatment decision making for breast cancer in a sample of healthy women: The effects of body image and risk framing. **Oncology Nursing Fórum**, nº32, pp.799-806.

SCHOVER, L. (1994) – Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer. **Journal of the National Cancer Institute Monographs**, 16, pp.177-182.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. (1998) – **Brunner e Suddarth – Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Volumes 1 e 2, 8ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

SPENCER, S. et al. (1999) – Concerns about Breast Cancer and Relations to Psychological Well-Being en a Multiethnic Sample of Early-Stage Patients. **Health Psychology**, 18:2, pp.159-168.

TAIT, A. (1989) – Mastectomia. **Nursing**, nº12, pp.13-16.

TAIT, A. (1992) – Conviver com a mastectomia. **Nursing**, nº56, pp.33-35.

VINOKUR, A. D. et al. Physical and psychosocial functioning and adjustment to breast câncer. **Cancer**, nº63, pp. 394-405.

WATSON J. (1979) – **Nursing de Philosophy and Science of Caring**. Colorado: Associated University Press.

YALOM, M. (1997) – **História do Seio**. Lisboa: Editorial Teorema.

## **BIBLIOGRAFIA METODOLÓGICA CONSULTADA**

FORTIN, Marie-Fabienne (2003) – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. Loures: Lusociência.

HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew (2005) – **Investigação por Questionário**. 2ª ed., Lisboa. Edições Sílabo.

MAROCO, João (2007) – **Análise Estatística – Com utilização do SPSS**. 3ª ed., Lisboa. Edições Sílabo.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. (1995) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, van Luc (2003) – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 3º ed., Lisboa. Gradiva.

RODRIGUES, Manuel Alves (1998) – Das Fontes de Informação ao Discurso Científico. **Referência**. Coimbra, nº0, Maio, pp.41-48.

---

## ***VIII. ANEXOS***

## ***Anexo I***

Lista de quadros

## **Considerações acerca da população alvo**

**Quadro A** – Distribuição do número de mulheres intervencionadas por ano civil

Ano civil	Mulheres Intervencionadas
1995	78
1996	106
1997	98
1998	119
1999	109
2000	76
2001	23
2002	108
2003	132
2004	131
2005	111

**Quadro B** – Distribuição do número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com a técnica cirúrgica utilizada

Ano civil	Conservadora	Não Conservadora
1995	63	15
1996	90	16
1997	58	40
1998	84	35
1999	75	34
2000	31	45
2001	23	-
2002	44	64
2003	58	74
2004	45	86
2005	59	52

**Quadro C** – Distribuição do número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com o tipo de cirurgia

Ano civil	Tumorectomia	Mastectomia Radical Modificada
1995	48	15
1996	79	16
1997	47	40
1998	62	35
1999	45	34
2000	12	45
2001	10	-
2002	23	64
2003	23	74
2004	28	86
2005	42	52

**Quadro D** – Distribuição do número de mulheres intervencionadas por ano civil, de acordo com os intervalos de idade

ANO CIVIL	≤25	26-35	36-50	51-65	>65
1995	2	6	31	25	14
1996	17	9	30	28	22
1997	8	9	19	32	30
1998	9	10	30	33	37
1999	7	8	22	47	25
2000	2	0	17	36	21
2001	0	1	3	10	9
2002	0	4	25	43	36
2003	0	4	26	50	52
2004	1	4	22	45	59
2005	0	6	9	56	40

ANO CIVIL	0-50	>50
1995	39	39
1996	<b>56</b>	50
<b>1997</b>	50	62
1998	36	70
1999	49	72
2000	37	57
2001	16	19
2002	4	79
2003	30	102
2004	27	<b>104</b>
2005	15	96

## **Apresentação e análise dos dados**

**Quadro n.º 1 – Coeficiente de consistência interna da Escala de vivência após amputação cirúrgica da mama**

<b>Escala de vivência após amputação cirúrgica da mama (alpha = 0,795; 9 itens; N=108)</b>		
	<b>Correlação item – total corrigido</b>	<b>Alpha se apagado o item</b>
Item_1	0,598	0,674
Item_2	0,469	0,698
Item_3	0,613	0,680
Item_4	0,570	0,678
Item_5	0,312	0,725
Item_6	0,311	0,722
Item_7	0,407	0,717
Item_8	0,580	0,683
Item_10	0,414	0,707

**Quadro n.º 2 – Coeficiente de consistência interna da Escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”**

<b>Escala de imagem corporal “Como me Relaciono com o meu do Corpo” (alpha = 0,900; 14 itens; N=114)</b>
--

**Quadro n.º 3 – Coeficiente de consistência interna das Dimensões de conceito do corpo e de percepção de corpo doente**

<b>Dimensão de conceito do corpo (alpha = 0,714; 7 itens; N=114)</b>			<b>Dimensão de percepção de corpo doente (alpha = 0,929; 7 itens; N = 123)</b>		
	<b>Correlação item – total corrigido</b>	<b>Alpha se apagado o item</b>		<b>Correlação item – total corrigido</b>	<b>Alpha se apagado o item</b>
Item_1	0,494	0,664	Item_8	0,710	0,924
Item_2	0,269	0,713	Item_9	0,863	0,909
Item_3	0,646	0,622	Item_10	0,802	0,915
Item_4	0,678	0,620	Item_11	0,764	0,916
Item_5	0,589	0,636	Item_12	0,838	0,911
Item_6	0,598	0,637	Item_13	0,743	0,921
Item_7	-0,086	0,819	Item_14	0,674	0,927

**Quadro n.º 4 – Coeficiente de consistência interna da Escala de satisfação sexual**

<b>Escala de Satisfação Sexual (alpha = 0,805; 8 itens; N=104)</b>		
	<b>Correlação item – total corrigido</b>	<b>Alpha se apagado o item</b>
Item_1	0,591	0,771
Item_2	0,579	0,775
Item_3	0,627	0,764
Item_4	0,608	0,768
Item_5	0,358	0,805
Item_6	0,462	0,790
Item_7	0,636	0,763
Item_8	0,267	0,814

**Quadro n.º 5** – Resultados relativos aos valores da média, moda, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das idades das mulheres (N=124)

Factor	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	DP
Idade	124	29	80	53,8	53	52	9,99

**Quadro n.º 6** – Distribuição do número de mulheres segundo os factores idade, concelho onde reside e nível de ensino a que pertence (N=124)

Factores	n	%
<b>Idade</b>		
21 – 45	22	17,7
46 – 55	52	41,9
56 – 65	36	29,0
≥ 65	14	11,3
<b>Concelho do distrito de Santarém</b>		
Almeirim	10	8,1
Alpiarça	3	2,4
Abrantes	3	2,4
Benavente	4	3,2
Cartaxo	14	11,3
Chamusca	7	5,6
Coruche	3	2,4
Rio Maior	15	12,1
Santarém	36	29,0
Torres Novas	6	4,8
Outros	23	18,5
<b>Nível de Ensino</b>		
Nenhum	6	4,8
1º Ciclo incompleto	16	12,9
1º Ciclo	52	41,9
2º Ciclo	17	13,7
3º Ciclo	11	8,9
10º a 12º ano	12	9,7
Médio/Politécnico	5	4,0
Superior Universitário	5	4,0

**Quadro n.º 7** – Distribuição das mulheres quanto ao número de filhos (N=124)

Factor	n	%
<b>Número de Filhos</b>		
Nenhum	8	6,5
Um	31	25,0
Dois	68	54,8
Três	13	10,5
Mais de três	4	3,2

**Quadro n.º 8** – Resultados relativos aos valores da média, moda, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo das idades dos filhos

Factor	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	DP
Idades dos filhos	116	2	55	27,3	27,2	33	10,5

**Quadro n.º 9** – Distribuição do número de mulheres segundo a situação profissional actual e aquando da cirurgia (N=124)

Factores	n	%
<b>Situação Profissional Aquando da Cirurgia</b>		
Patroa	5	4,0
Por conta própria	16	12,9
Por conta de outrem	53	42,7
Não remunerada	12	9,7
Outra	36	29,0
<b>Situação Profissional Actual (Ou Última)</b>		
Patroa	4	3,2
Por conta própria	11	8,9
Por conta de outrem	36	29,0
Não remunerada	13	10,5
Outra	58	46,8

**Quadro n.º 10** – Distribuição do número de mulheres segundo a condição perante o trabalho actual e aquando da cirurgia (N=124)

Factores	n	%
<b>Condição Perante o Trabalho Aquando da Cirurgia</b>		
Empregada	67	54,0
Doméstica	33	26,6
Desempregada	9	7,3
Reformada	10	8,1
Doméstica/Pensionista	5	4,0
<b>Condição Perante o Trabalho Actual (Ou Última)</b>		
Empregada	36	29,0
Doméstica	28	22,6
Desempregada	9	7,3
Reformada	38	30,6
Doméstica/Pensionista	13	10,5

**Quadro n.º 11** – Distribuição do número de mulheres segundo a técnica cirúrgica e respectivo tipo de cirurgia utilizado (N=124)

Factores	n	%
<b>Técnica cirúrgica utilizada</b>		
Conservadora	63	50,8
Não conservadora	61	49,2
<b>Tipo de cirurgia utilizado</b>		
Tumorectomia	47	37,9
Quadrantectomia	14	11,3
Mastectomia parcial	2	1,6
Mastectomia radical modificada	61	49,2

**Quadro n.º 12** – Distribuição do número de mulheres segundo a existência de complicações após a cirurgia e o tipo de complicações (N=124)

Factores	n	%
<b>Complicações após a cirurgia</b>		
Sim	89	71,8
Não	35	28,2
<b>Linfedema</b>		
Sim	31	25,0
Não	93	75,0
<b>Engordar</b>		
Sim	52	41,9
Não	72	58,1
<b>Distúrbio psicológico</b>		
Sim	53	42,7
Não	71	57,3

**Quadro n.º 13** – Resultados relativos aos valores da média, moda, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo do tempo decorrido após a cirurgia

Factor	N	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	DP
Tempo após cirurgia	124	0,3	13	4	3	1	3,1

**Quadro n.º 14** – Distribuição do número de mulheres segundo o factor tempo decorrido após a cirurgia (N=124)

Tempo decorrido após a cirurgia	n	%
0 - 1	32	25,8
1 - 2	21	16,6
2 - 5	38	30,6
> 5	33	26,6

**Quadro n.º 15** – Distribuição do número de mulheres segundo cumprimento de regime terapêutico co-adjuvante e o tipo de terapia (N=124)

Factores	n	%
<b>Regime terapêutico co-adjuvante</b>		
Sim	95	76,6
Não	29	23,4
<b>Tamoxifeno</b>		
Sim	45	36,3
Não	79	63,7
<b>Quimioterapia</b>		
Sim	9	7,3
Não	115	92,7
<b>Radioterapia</b>		
Sim	54	43,5
Não	70	56,5

**Quadro n.º 16** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “dá mais valor ao trabalho”, “sente mais necessidade de estar ocupada” e “dá mais valor ao dinheiro” nas mulheres com idades entre os 46 e os 55 anos (N = 52)

Factores	Valor atribuído ao trabalho	Necessidade de estar ocupada	Valor atribuído ao dinheiro
Valor atribuído ao trabalho	1,000		
Necessidade de estar ocupada	<b>0,522 (**)</b>	1,000	
Valor atribuído ao dinheiro	0,111	0,104	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 17** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “dá mais valor ao trabalho”, “sente mais necessidade de estar ocupada” e “dá mais valor ao dinheiro” nas mulheres com filhos com idades entre os 18 e os 25 anos (N = 40)

Factores	Valor atribuído ao trabalho	Necessidade de estar ocupada	Valor atribuído ao dinheiro
Valor atribuído ao trabalho	1,000		
Necessidade de estar ocupada	<b>0,533 (**)</b>	1,000	
Valor atribuído ao dinheiro	<b>0,321 (*)</b>	0,278	1,000

\* Correlação significativa ao nível de **0,05**

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 18** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “dá mais valor ao trabalho”, “sente mais necessidade de estar ocupada” e “dá mais valor ao dinheiro” nas mulheres com filhos com menos de 18 anos de idade (N = 23)

Factores	Valor atribuído ao trabalho	Necessidade de estar ocupada	Valor atribuído ao dinheiro
Valor atribuído ao trabalho	1,000		
Necessidade de estar ocupada	<b>0,636 (**)</b>	1,000	
Valor atribuído ao dinheiro	<b>0,549 (**)</b>	0,378	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 19** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “dá mais valor ao trabalho”, “sente mais necessidade de estar ocupada” e “dá mais valor ao dinheiro” nas mulheres com pelo menos 1 filho com menos de 18 anos e com pelo menos 1 filho com idades entre os 18 e os 25 anos (N = 7)

Factores	Valor atribuído ao trabalho	Necessidade de estar ocupada	Valor atribuído ao dinheiro
Valor atribuído ao trabalho	1,000		
Necessidade de estar ocupada	0,668	1,000	
Valor atribuído ao dinheiro	<b>0,939 (**)</b>	0,700	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 20** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “ dá mais valor ao seu cônjuge / parceiro “, sente mais vontade de estar com a família”, “sente mais vontade de estar com os seus amigos”, “sente mais necessidade de estar na companhia dos seus filhos”, “sente mais vontade de viver” e “dá mais valor a estar sozinha” (N = 108)

Factores	Valor ao parceiro	Estar com a família	Estar com os amigos	Estar com os filhos	Vontade de viver	Valor a estar sozinha
Valor ao parceiro	1,000					
Estar com a família	<b>0,506 (**)</b>	1,000				
Estar com os amigos	0,178	<b>0,233 (**)</b>	1,000			
Estar com os filhos	<b>0,290 (**)</b>	<b>0,513 (**)</b>	<b>0,246 (**)</b>	1,000		
Vontade de viver	<b>0,476 (**)</b>	<b>0,395 (**)</b>	<b>0,374 (**)</b>	<b>0,378 (**)</b>	1,000	
Valor a estar sozinha	-0,158	<b>-0,182 (*)</b>	<b>-0,194 (*)</b>	-0,097	<b>-0,183 (*)</b>	1,000

\* Correlação significativa ao nível de **0,05**

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 21** – Teste de Kolmogorov-Smirnov dos *scores* das respostas aos *ítems* da Escala de vivência após amputação cirúrgica da mama, Escala de Imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”, Dimensão de conceito do corpo, Dimensão de percepção do corpo doente e Escala de satisfação sexual

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov		
	Estatística	gl	Sig.
<i>Vivência após Cirurgia</i>	,126	108	0,000
<i>Imagem Corporal</i>	,162	114	0,000
<i>Conceito do corpo</i>	117	114	0,001
<i>Percepção do corpo doente</i>	166	123	0,000
<i>Satisfação Sexual</i>	,108	104	0,004

**Quadro n.º 22** – Willcoxon-Mann-Whitney para grupos independentes para a variável “Vivência após cirurgia” em função do factor terapia com tamoxifeno.

Variável	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
<i>Vivência após cirurgia</i>	<i>Sim</i>	39	14,00	17	6	944	1805	<b>0,006</b>
	<i>Não</i>	64	16,00	21	5			

**Quadro n.º 23** – Kruskal-Wallis para grupos independentes para as variáveis, “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente”, em função do factor idade

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	X <sup>2</sup>	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	21-45	21	32,0	29	15	0,712	0,870
	46-55	46	30,0	39	18		
	56-65	35	31,0	40	20		
	>65	12	33,5	29	21		
<i>Conceito do Corpo</i>	21-45	21	14,0	11	6	1,892	0,595
	46-55	46	14,0	18	8		
	56-65	35	16,0	19	6		
	>65	12	15,5	14	7		
<i>Percepção do Corpo doente</i>	21-45	22	18,5	19	11	0,881	0,830
	46-55	52	14,5	21	14		
	56-65	36	16,5	21	11		
	>65	13	16	19	11		

**Quadro n.º 24** – Willcoxon-Mann-Whitney para grupos independentes para a variável “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente”, em função do factor técnica cirúrgica utilizada

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	<i>Conservadora</i>	60	33,0	29	10	964	2449	<b>0,000</b>
	<i>Não Conservadora</i>	54	32,5	40	21			
<i>Conceito do Corpo</i>	<i>Conservadora</i>	60	16,0	14	6	1303	2788	0,071
	<i>Não Conservadora</i>	54	14,0	19	7			
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<i>Conservadora</i>	63	19,0	16	7	913	2743	<b>0,000</b>
	<i>Não Conservadora</i>	60	10,0	21	14			

**Quadro n.º 25** – Willcoxon-Mann-Whitney para grupos independentes para as variáveis “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente” em função do factor complicações após a cirurgia

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	<i>Sim</i>	79	27,0	40	18	814	3974	<b>0,000</b>
	<i>Não</i>	35	36,0	29	7			
<i>Conceito do Corpo</i>	<i>Sim</i>	79	14,0	19	8	821,5	3981,5	<b>0,001</b>
	<i>Não</i>	35	17,0	14	3			
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<i>Sim</i>	88	14,0	21	15	972,5	4888,5	<b>0,001</b>
	<i>Não</i>	35	19,0	19	6			

**Quadro n.º 26** – Willcoxon-Mann-Whitney para grupos independentes para as variáveis “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente”, em função do factor “mulheres que apresentam distúrbio psicológico como complicação após cirurgia”

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	<i>Sim</i>	20	32,5	32	24	320	530	0,605
	<i>Não</i>	35	36	29	7			
<i>Conceito do Corpo</i>	<i>Sim</i>	20	16	13	8	308	518	0,460
	<i>Não</i>	35	17	14	3			
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<i>Sim</i>	22	16,5	20	16	300	553	0,155
	<i>Não</i>	35	19	19	6			

**Quadro n.º 27** – Willcoxon-Mann-Whitney para grupos independentes para as variáveis “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente” em função do factor “mulheres que engordaram e/ou que apresentam linfedema”

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	<i>Sim</i>	32	30	29	12	340,5	868,5	<b>0,006</b>
	<i>Não</i>	35	36	29	7			
<i>Conceito do Corpo</i>	<i>Sim</i>	32	14	17	8	320	848	<b>0,002</b>
	<i>Não</i>	35	17	14	3			
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<i>Sim</i>	36	16	19	10	467	1133	0,068
	<i>Não</i>	35	19	19	6			

**Quadro n.º 28** – Kruskal-Wallis para grupos independentes para as variáveis “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente” em função do factor “tempo decorrido após a cirurgia”

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	X <sup>2</sup>	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	<i>0-1</i>	28	24,0	39	14	10,595	<b>0,014</b>
	<i>1-2</i>	20	35,0	24	8		
	<i>2-5</i>	34	33,0	29	19		
	<i>&gt;5</i>	32	26,5	39	18		
<i>Conceito do Corpo</i>	<i>0-1</i>	28	14,0	18	6	4,609	0,203
	<i>1-2</i>	20	16,0	12	5		
	<i>2-5</i>	34	15,5	13	6		
	<i>&gt;5</i>	32	14,0	18	9		
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<i>0-1</i>	31	12,0	21	15	11,116	<b>0,011</b>
	<i>1-2</i>	21	19,0	16	10		
	<i>2-5</i>	38	18,5	19	8		
	<i>&gt;5</i>	33	14,0	21	15		

**Quadro n.º 29** – Post Hoc – LSD Test para a variável “Imagem Corporal” em função do factor “tempo decorrido após a cirurgia” (N=114)

<i>Imagem corporal</i>	0-1	1-2	2-5	>5
0-1	1,000			
1-2	<b>0,012</b>	1,000		
2-5	<b>0,006</b>	0,892	1,000	
>5	0,757	<b>0,020</b>	<b>0,012</b>	1,000

**Quadro n.º 30** – Post Hoc – LSD Test para a variável “Percepção do Corpo doente” em função do factor “tempo decorrido após a cirurgia” (N=123)

<i>Percepção do corpo doente</i>	0-1	1-2	2-5	>5
0-1	1,000			
1-2	<b>0,018</b>	1,000		
2-5	<b>0,008</b>	0,925	1,000	
>5	0,831	<b>0,027</b>	<b>0,013</b>	1,000

**Quadro n.º 31** – Cruzamento entre os factores “técnicas cirúrgicas” e os “tipos de cirurgia adoptada” com o factor “tempo após a cirurgia” (N=124)

Factores	0-1	1-2	2-5	>5
<b>Técnica cirúrgica utilizada</b>				
Conservadora	14	14	20	15
Não conservadora	18	7	18	18
<b>Tipo de cirurgia utilizado</b>				
Tumorectomia	12	13	14	8
Quadrantectomia	1	1	5	7
Mastectomia parcial	1	0	1	0
Mastectomia radical modificada	18	7	18	18

**Quadro n.º 32** – Willcoxon-Mann-Whitney para grupos independentes para as variáveis “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente” em função do factor “tratamentos co-adjuvantes”

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
<i>Imagem Corporal</i>	<i>Sim</i>	86	31	40	16	1180	4921	0,874
	<i>Não</i>	28	30	30	20			
<i>Conceito do Corpo</i>	<i>Sim</i>	86	15	19	6	1193	1599	0,942
	<i>Não</i>	28	15	17	9			
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<i>Sim</i>	94	16	21	11	1326	5791	0,826
	<i>Não</i>	29	16,5	19	13			

**Quadro n.º 33** – Matriz de Correlação de Spearman para as variáveis “Imagem corporal”, “Conceito do corpo” e “Percepção do corpo doente” e “Satisfação sexual” (N = 104)

Variáveis	Imagem Corporal	Conceito do Corpo	Percepção do Corpo doente	Satisfação Sexual
<i>Imagem Corporal</i>	1,000			
<i>Conceito do Corpo</i>	<b>0,874 (**)</b>	1,000		
<i>Percepção do Corpo doente</i>	<b>0,925 (**)</b>	<b>0,650 (**)</b>	1,000	
<i>Satisfação Sexual</i>	<b>0,583 (**)</b>	<b>0,521 (**)</b>	<b>0,532 (**)</b>	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 34** – Distribuição do número de mulheres de acordo com a situação conjugal actual e aquando da cirurgia (N=124)

Factores	n	%
<b>Situação Conjugal Aquando da Cirurgia</b>		
Casada	103	83,1
União de facto/Coabitação	6	4,8
Divorciada	3	2,4
Viúva	8	6,5
Separada	1	0,8
Solteira	3	2,4
<b>Situação Conjugal Actual</b>		
Casada	91	73,4
União de facto/Coabitação	8	6,5
Divorciada	6	4,8
Viúva	12	9,7
Separada	4	3,2
Solteira	3	2,4

**Quadro n.º 35** – Matriz de Correlação de Spearman entre o factor “relacionamento conjugal anterior à cirurgia” e a variável “Satisfação sexual” (N = 104)

Variável/Factor	Relacionamento conjugal anterior à cirurgia	Satisfação Sexual
<b>Relacionamento conjugal anterior à cirurgia</b>	1,000	
<b>Satisfação Sexual</b>	<b>0,359 (**)</b>	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 36** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “desejo sexual”, “excitação sexual” e “número de vezes que pratica sexo” (N = 104)

Factores	Desejo sexual	Excitação sexual	Número de vezes que pratica sexo
<b>Desejo sexual</b>	1,000		
<b>Excitação sexual</b>	<b>0,807 (**)</b>	1,000	
<b>Número de vezes que pratica sexo</b>	<b>0,657 (**)</b>	<b>0,624 (**)</b>	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de **0,01**

**Quadro n.º 37** – Matriz de Correlação de Spearman entre o factor “sensação de satisfação do toque na região da mama operada”, o factor “vida sexual contribui para o bom relacionamento do casal”, o factor “antes da doença se manifestar e durante o envolvimento sexual utilizava a estimulação das mamas como um meio para se excitar”, o factor “número de vezes que é tocada pelo seu parceiro na região da mama operada”, a variável “Satisfação sexual” e o factor “após operação à mama, as relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas para a região do peito/tronco/braço de lado operado (N = 104)

Factores	Satisfação ao toque na região da mama	Vida sexual contribui para relação do casal	Excitação através da estimulação das mamas	Frequência do toque na região da mama	Satisfação Sexual	Sexo doloroso após a cirurgia
Satisfação ao toque na região da mama	1,000					
Vida sexual contribui para relação do casal	0,298(**)	1,000				
Excitação através da estimulação das mamas	0,263(**)	0,342(**)	1,000			
Frequência do toque na região da mama	0,572(**)	0,095	0,172	1,000		
Satisfação Sexual	0,520(**)	0,294 (**)	0,307(**)	0,492(**)	1,000	
Sexo doloroso após a cirurgia	-0,081	-0,016	-0,006	-0,054	-0,064	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de 0,01

**Quadro n.º 38** – Matriz de Correlação de Spearman entre os factores “número de posições durante o acto sexual” e “após operação à mama, as relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas para a região do peito/tronco/braço de lado operado” (N = 104)

Factores	N.º posições durante o acto sexual	Sexo doloroso após a cirurgia
N.º posições durante o acto sexual	1,000	
Sexo doloroso após a cirurgia	-0,709 (**)	1,000

\*\* Correlação significativa ao nível de 0,01

**Quadro n.º 39** – Mann Whitney para grupos independentes os factores “desejo sexual” e “número de vezes que pratica sexo” em função do factor “terapia com tamoxifeno”.

Variáveis	Grupos	N	Mediana	Amplitude	Amplitude inter-quartil	U	W	Sig.
Desejo sexual	Sim	42	1,00	40	18	1197,00	2100,00	0,081
	Não	69	1,00	29	7			
Nº vezes que pratica sexo	Sim	42	1,00	19	8	1120,50	2023,50	0,078
	Não	69	2,00	14	3			

***Anexo II***  
Questionário

Exma. Senhora,

Eu, Nuno André Veloso Barros enfermeiro do Hospital de Santarém, encontro-me neste momento a fazer um estudo de investigação no âmbito da dissertação de mestrado do “Curso em Estudos sobre as Mulheres” pela Universidade Aberta.

Este estudo tem a Orientação científica da Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro e a Colaboração da Enfermeira Susana Margarida dos Santos (pessoa que a contactou telefonicamente a pedir a autorização para o envio deste questionário por correio postal).

Contudo, poderá estar neste momento a perguntar-se: Como obtiveram a informação acerca do meu contacto telefónico e morada?

Essa informação foi-nos cedida pelo Hospital de Santarém, com a devida **autorização do Conselho de Administração do referido Hospital**.

O questionário que se segue destina-se a colher informações sobre as vivências das mulheres que devido a cancro da mama tiveram de ser operadas à mesma.

Neste estudo **irão participar cerca de 150 mulheres operadas à mama**.

Sendo muito importante a sua colaboração, desde já gostaríamos de sublinhar que ficámos muito gratos pela disponibilidade que demonstrou em querer participar neste estudo. Pedimos que responda com sinceridade e espontaneidade, considerando sempre o que melhor se adequa à maneira como pensa e sente.

Para fazer o envio da carta para nós, **basta colocar o questionário que preencheu no interior do envelope com selo que se encontra no interior da carta**.

As informações recolhidas serão utilizadas apenas no estudo em causa, pelo que será **mantido o anonimato**. Oportunamente, caso esteja interessada estaremos disponíveis para lhe revelar os resultados do estudo.

Mais uma vez, **muito agradecidos pela sua disponibilidade**.

Ass.

Ass.

1. Idade \_\_\_\_\_ anos.

2. Localidade onde vive \_\_\_\_\_

**3. Nível de ensino mais elevado que completou?**

- Nenhum.....  1º a 4º ano incompleto.....  1º a 4º ano completo.....   
5º a 6º ano.....  7º a 9º ano.....  10º a 12º ano. ....   
Médio/politécnico. ....  Superior universitário. ....

**4. Situação conjugal actual**

- Casada. ....  União de facto/Coabitação.....  Divorciada. ....   
Viúva. ....  Separada. ....  Solteira.....

**5. Situação conjugal antes da operação à mama**

- Casada. ....  União de facto/Coabitação.....  Divorciada. ....   
Viúva. ....  Separada. ....  Solteira.....

**6. Tem filhos?**

- Sim. ....  Não. ....

7. Quantos? \_\_\_\_\_

**8. Que idades têm?**

Filho 1 \_\_\_\_ anos. Filho 2 \_\_\_\_ anos. Filho 3 \_\_\_\_ anos. Filho 4 \_\_\_\_ anos. Filho 5 \_\_\_\_ anos

**9. Situação profissional actual (ou última)**

- Patrão. ....  Por conta própria. ....  Por conta de outrem.....   
Não-remunerada. ....  Membro de cooperativa. ....  Outra situação. ....

**10. Situação profissional antes da operação à mama**

- Patrão. ....  Por conta própria. ....  Por conta de outrem.....   
Não-remunerada. ....  Membro de cooperativa. ....  Outra situação. ....

**11. Condição perante o trabalho actual (ou última)**

- Empregada. ....  Estudante. ....  Doméstica. ....   
Desempregada.....  Reformada.....  Doméstica/pensionista.....

**12. Condição Perante o trabalho antes da operação à mama**

- Empregada. ....  Estudante. ....  Doméstica. ....   
Desempregada.....  Reformada.....  Doméstica/pensionista.....

13. Há quantos anos foi a operação à sua mama? \_\_\_\_\_ Anos

**14. Depois da operação à mama ocorreram as seguintes alterações?**

- Ficou com depressão ou doença de nervos? Sim. .... Não. ....
- Tem o braço do lado da mama operada inchado? Sim. .... Não. ....
- Engordou? Sim. .... Não. ....

**15. Que tratamentos faz neste momento?**

- Quimioterapia? Sim. .... Não. ....
- Radioterapia? Sim. .... Não. ....
- Tamoxifeno? Sim. .... Não. ....

Com a questão que se segue gostaríamos de ter uma visão acerca do que para si é mais importante na vida hoje, ou seja, o que para si mudou na forma como vê a vida hoje em comparação com a forma como via a vida antes da doença.

Coloque à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor se adequa à sua resposta:

**16. Em que medida concorda com as seguintes afirmações:**

1	2	3	4
Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo bastante

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sente mais vontade de viver.....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Dá mais valor ao seu cônjuge / parceiro.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sente mais vontade em estar com a sua família.....                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Dá mais valor ao trabalho.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Dá mais valor ao dinheiro.....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sente mais vontade de estar com os seus amigos.....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Dá mais valor ao papel dos profissionais de saúde.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sente mais necessidade de estar ocupada.....                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dá mais valor a estar sozinha.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sente mais necessidade de estar na companhia dos seus filhos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**17. Tinha parceiro sexual antes da operação à mama?**

- Sim. .... Não. ....
- Fixo. .... Ocasional. ....

**18. Tem parceiro sexual agora?**

- Sim. .... Não. ....
- Fixo. .... Ocasional. ....

**19. É o mesmo que antes da operação à mama?**

Sim. ....  Não. ....

**20. Como caracteriza o seu relacionamento conjugal antes da operação à mama?**

Nada satisfatório.....  Pouco satisfatório.....

Moderadamente satisfatório.....  Muito satisfatório.....

**21. Sente que a sua vida sexual contribui para o bom relacionamento do casal?**

Não concordo .....  Concordo pouco .....

Concordo moderadamente .....  Concordo bastante .....

Com as questões que se seguem pretendemos conhecer a qualidade da sua satisfação sexual.

Coloque à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor corresponder à sua resposta:

**22. Como foi o impacto da operação no seu envolvimento sexual, comparativamente com a forma como vivia a sua sexualidade antes da operação à mama:**

1	2	3
Diminuiu	Ficou inalterado/a	Aumentou

	1	2	3
1. O desejo sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A excitação sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O número de vezes que pratica sexo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O número de vezes que pratica beijos e carícias com o seu parceiro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O número de vezes que é tocada pelo seu parceiro na região da mama operada .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A sensação de satisfação do toque na região da mama operada.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A comunicação sobre os seus desejos e vida sexual com o seu parceiro.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O número de posições durante o acto sexual.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Antes da doença se manifestar e durante o envolvimento sexual utilizava a estimulação das mamas como um meio para se excitar?**

Não concordo .....  Concordo pouco .....

Concordo moderadamente .....  Concordo bastante .....

**24. Após operação à mama, as relações sexuais passaram a ser fisicamente dolorosas para a região do peito/tronco/braço de lado operado?**

Não concordo .....  Concordo pouco .....

Concordo moderadamente .....  Concordo bastante .....

Com as questões que se seguem pretendemos saber como valoriza o seu corpo e a sua aparência.

Coloque à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor corresponder à sua resposta:

**25. Em que medida concorda com as seguintes afirmações:**

1	2	3	4
Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo bastante

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina". ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. O corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher. ....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sinto-me capaz de dizer que gosto do meu corpo. ....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. O meu parceiro gosta do meu corpo. ....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Olho com agrado para o meu corpo. ....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Valorizo a imagem do meu corpo. ....                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Procuo disfarçar no meu corpo a parte do peito operado.....        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Tendo em conta a mudança resultante da operação à mama e dos tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:**

1	2	3	4
Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo bastante

- |   | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Tenho sentido vergonha em relação à minha aparência.....             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sinto-me menos atraente fisicamente.....                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tenho-me sentido menos feminina.....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tem sido difícil olhar para mim quando estou nua. ....               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente.....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Sinto que a operação à mama me deixou o meu corpo incompleto.....    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Tenho-me sentido descontente com a aparência da minha cicatriz. .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Muito agradecidos pela sua colaboração**

### ***Anexo III***

Consentimento para aplicação do Índice de Satisfação sexual e da Escala de imagem corporal “como me relaciono com o meu corpo”



navbarros@hotmai.com

Printed: Wednesday, July 26, 2006 9:45 PM

**From :** Ana Rosa Tapadinhas <ana.tapadinhas@gmail.com>  
**Sent :** Sunday, July 9, 2006 9:30 PM  
**To :** "Nuno André" <navbarros@hotmail.com>  
**Subject :** Re: Pedido de autorização para a aplicação da Escala de Imagem Corporal.

Boa noite Nuno André!

Recebi as suas duas solicitações (por correio e E-mail) para utilizar a nossa escala de Imagem Corporal "Como me Relaciono com o meu Corpo", o que pode fazer a partir do ficheiro que lhe vou enviar hoje.

Terei muito gosto em que utilize a escala e gostaria de poder ter acesso aos resultados do seu estudo.

Actualmente estamos a aprofundar mais esta escala recorrendo a uma amostra de mulheres submetidas a outras mutilações de origem oncológica. Penso que este estudo deva estar concluído até ao início de 2007.

Votos de bom trabalho e caso precise de mais alguma informação ou ajuda disponha.

Com os melhores cumprimentos.

Ana Tapadinhas



navbarros@hotmail.com

Received: Wednesday, July 26, 2006 5:00 PM

**From :** Jorge Cardoso <jcardoso.psi@netcabo.pt>  
**Sent :** Tuesday, July 18, 2006 5:25 PM  
**To :** <navbarros@hotmail.com>  
**Subject :** Índice Satisfação Sexual

Caro Dr. Nuno Barros,

Terei todo o gosto em que utilize o ISS.  
Votos de bom trabalho,

Jorge Cardoso

## ***Anexo IV***

Pedidos de autorização ao conselho de administração do HDS, EPE

*Autorizada para a fins  
estatísticas.*  
PIVAT  
S. ESTAD  
HDS  
Dr. F. Ribeiro de Barros  
O Director Clínico

**AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE**

**Assuntos:**

- 1. Pedido de cedência de um conjunto de dados estatísticos relativos às mulheres submetidas a mastectomia no HDS, EPE.**
- 2. Pedido de autorização para trabalhar estatisticamente os mesmos.**

Nuno André Veloso Barros, aluno do 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres da Universidade Aberta, vem por este meio pedir a Vossas Exas. autorização para a cedência de um conjunto de dados estatísticos relativos às mulheres submetidas a mastectomia no HDS, EPE e Pedir autorização para trabalhar estatisticamente os mesmos.

O estudo estatístico dos dados que lhe solicito tem como principal objectivo a caracterização sócio-demográfica da população alvo deste estudo – mulheres do distrito de Santarém que tenham sido submetidas a mastectomia.

Por sua vez, a caracterização sócio-demográfica das mulheres mastectomizadas do distrito de Santarém insere-se no âmbito de um trabalho de investigação que estou a elaborar, relativo ao tema "A problemática da vivência das mulheres mastectomizadas".

Este trabalho visa a Dissertação final do mestrado supracitado, sob orientação da Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro (ISCTE).

Finalizando, concretizo aqui o assunto central desta carta, ou seja, o pedido de algumas informações:

1. Que tipos de mastectomia são realizadas no HDS EPE?
2. Quantas mulheres foram submetidas a mastectomia radical modificada?
3. Quantas mulheres foram submetidas a tumorectomia?
4. Quantas das mulheres operadas são seguidas em consulta?

5. Quais as idades destas mulheres?
6. Em que anos foram intervencionadas à mama?
7. A quantas mulheres surgiram outros problemas associados após a mastectomia?
8. Qual a taxa de recidivas?
9. Qual a taxa de mortalidade?

Grato pela vossa atenção, aguardo resposta com a maior brevidade possível e disponibilizo-me para o fornecimento de outras informações adicionais que julguem necessárias.

Ass. Nuno André Vilese Barros.

*Delegado, tendo em conta a importância da Responsável Section*  
*25/1/06*  
*Seuolopna*  
*NZL a d'pin (António)*  
*Jo' h'nta p'2 cruceira*  
*Melencul*  
*06-08-09*

Dr. F. Ribeiro de Carvalho  
O Director Clínico

**AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
DO HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, EPE**

*D/PT*  
*AO INT + Resp. J.*  
*Fidze*  
*Delegado*

**Assunto: Pedido de autorização para a aplicação de questionários**

Nuno André Veloso Barros, aluno do 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres da Universidade Aberta, vem por este meio pedir a Vossas Exas. autorização para a aplicação de um questionário a utentes do sexo feminino que tenham sido submetidas a mastectomia nesta instituição.

A aplicação do referido questionário insere-se no âmbito de um trabalho de investigação que se encontra a realizar, subordinado ao tema "A problemática da vivência das mulheres mastectomizadas".

Exerce funções como enfermeiro nesta Instituição, no Serviço de Ortopedia, desde 2001.

O trabalho mencionado tem em vista a Dissertação final de Mestrado, sob orientação da Professora Doutora Maria das Dores Guerreiro (Doutoramento em Sociologia, ISCTE - Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, em 1995) e insere-se numa pesquisa do tipo quantitativa, descritivo-correlacional.

**Aspectos pertinentes para uma melhor compreensão do estudo a realizar**

Os **objectivos** do estudo são:

- Averiguar a valorização atribuída ao corpo doente por parte das mulheres mastectomizadas;
- Medir o grau de satisfação sexual das mulheres mastectomizadas;
- Perceber a relação entre a valorização atribuída ao corpo doente e o grau de satisfação sexual destas mulheres;

- Relacionar a valorização atribuída ao corpo doente e o grau de satisfação sexual (variáveis principais) com a idade, tempo decorrido após mastectomia, tipo de cirurgia realizada; entre outras.

A amostra pretendida deverá ser de pelo menos 120 mulheres submetidas amputação cirúrgica da mama no HDS, EPE, de acordo com as seguintes características:

- Mulheres mastectomizadas com um intervalo de tempo entre os 1 e os 10 anos. Esta amplitude temporal pressupõe certamente diferenças ao nível da estabilidade adaptativa e re-integrativa.
- Questionar um número significativo de mulheres em que a data da cirurgia tivesse ocorrido à mais de 4 anos.
- Questionar um número significativo de mulheres em que o dia da cirurgia tenha sido relativamente próximo (menos de 2 anos).
- Questionar um número significativo de mulheres submetidas a mastectomia radical modificada
- Questionar um número significativo de mulheres em que a opção cirúrgica foi conservadora – tumorectomia, quadrantectomia e mastectomia parcial.
- Existência de parceiro/a sexual, fixo/a ou ocasional, durante algum período anterior e posterior à mastectomia.

O **Instrumento de colheita de dados** já validado com a professora orientadora inclui: um conjunto de questões iniciais com o objectivo de caracteriza socialmente a amostra; uma escala que nos permitirá saber qual o índice de satisfação sexual destas mulheres; e uma escala que nos permitirá perceber como é que estas valorizam o corpo e a aparência física.

Desta forma, pretende-se aplicar questionários com o objectivo de obter respostas relativas à sexualidade e à valorização do corpo e aparência física destas mulheres.

Pretende-se também que os questionários sejam aplicados durante o período de Setembro e Novembro.

Ressalva ainda que será salvaguardado o anonimato das utentes, assim como assegurada a necessária informação das mesmas acerca do estudo, para que possam decidir livremente acerca da participação no mesmo.

Grato pela vossa atenção, aguardo resposta com a maior brevidade possível e disponibilizo-me para o fornecimento de outras informações adicionais que julguem necessárias.

*Tendo em conta de um estudo preliminar  
de que procedeu resultar para fins das  
meas conclusões, autorizo a  
utilização de base de dados.*

AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

060929

DO HOSPITAL DISTRIAL DE SANTARÉM, EPE

*[assinatura]*  
*[assinatura]*  
*[assinatura]*

**Assunto: Pedido de autorização para a utilização de alguns dados pessoais de**  
**mulheres submetidas a mastectomia no HDS, EPE, para o envio de questionários às**  
**mesmas**

*enviada no  
intercâmbio  
21/10/06  
F. Barros*

Nuno André Veloso Barros, aluno do 2º ano do 8º Curso de Mestrado em Estudos sobre as Mulheres da Universidade Aberta, e enfermeiro nesta Instituição no Serviço de Ortopedia desde 2001, vem por este meio pedir a Vossas Exas. autorização para a utilização de alguns dados pessoais – telefone, morada e profissão –, de mulheres submetidas a mastectomia no HDS, EPE, para posterior envio de questionários às mesmas.

Relembro que a aplicação do referido questionário se insere no âmbito de um trabalho de investigação (Dissertação final de Mestrado), subordinado ao tema "A problemática da vivência das mulheres mastectomizadas".

O questionário proposto tem como principal objectivo: colher informações relativas à sexualidade, à valorização do corpo e aparência física destas mulheres. Questionário em anexo.

O questionário, e como certamente se recordam, foi concebido inicialmente com o intuito de ser aplicado às referidas mulheres após as consultas de Senologia e Cirurgia Geral (autorizada a sua aplicação pelo conselho de administração a 28/08/06).

A amostra pretendida para este estudo não deverá ser inferior a 120 mulheres. Porém, neste momento temos cerca de 20 mulheres inquiridas. Segundo os meus cálculos, só para o mês de Fevereiro / Março teria a totalidade dos questionários pretendidos preenchidos. Este facto inviabilizaria a conclusão do estudo, pois, este terá de ser entregue até ao início do ano de 2007.

Assim, e após a constatação da incompatibilidade entre a velocidade em que consigo colher os dados e a calendarização a cumprir, aponto como principal solução para a resolução do problema o seguinte:

Enviar os questionários por correio postal a um conjunto de mulheres mastectomizadas pré seleccionadas.

Porém surge uma questão:

- ❖ Como podemos saber que as mulheres que seleccionámos querem efectivamente participar no estudo preenchendo os questionários?

Todavia, e respondendo à questão levantada, pensei na seguinte estratégia:

Através dos codificadores e com a ajuda dos registos hospitalares das doentes (que poderiam ser cedidos pelas secretárias de unidade) posso ter o acesso a informações como: telefone e morada de todas as mulheres submetidas a cirurgia à mama no HDS, EPE.

Após a escolha das mulheres utilizaria os números de telefone e faria um contacto telefónico prévio, no sentido de se conhecer o interesse destas mulheres em participarem no estudo. Este telefonema tomará clara a intenção e âmbito do estudo e do questionário, assim como, todos os preceitos ético-deontológicos.

A estratégia proposta fica assim, dependente da apreciação e eventual autorização de Vossas Excelências.

Grato pela vossa atenção, aguardo resposta com a maior brevidade possível e disponibilizo-me para o fornecimento de outras informações adicionais que julguem necessárias.

## ***Anexo V***

Pré-teste

**1. Idade ..... Anos.**

**2. Situação conjugal actual.**

Casada. ....  União de Facto/coabitação. ...  Divorciada. ....

Viúva. ....  Separada. ....

**3. Situação conjugal aquando da cirurgia.**

Casada. ....  União de Facto/coabitação. ...  Divorciada. ....

Viúva. ....  Separada. ....

**4. Nível de ensino mais elevado que completou?**

1º Ciclo (1º a 4ºano). ....  3º Ciclo (7º a 9ºano). ....  Médio politécnico. ....

2º Ciclo (5º a 6ºano). ....  10º a 12ºano. ....  Superior universitário. ....

Superior não universitário. ....

**5. Situação profissional actual (ou última).**

Patrão. ....  Membro de cooperativa. ....  Não-remonerado. ....

Por conta própria. ....  Outra situação. ....

**6. Situação profissional aquando da cirurgia.**

Patrão. ....  Membro de cooperativa. ....  Não-remonerado. ....

Por conta própria. ....  Outra situação. ....

**7. Condição perante o trabalho actual (ou última).**

Empregada. ....  Estudante. ....  Domestica. ....

Desempregada. ....  Reformada. ....

**8. Condição Perante o trabalho aquando da cirurgia.**

Empregada. ....  Estudante. ....  Domestica. ....

Desempregada. ....  Reformada. ....

**9. Há quantos anos foi a cirurgia? .....Anos.**

**10. Como caracteriza a sua vida sexual antes da cirurgia.**

Nada satisfatória. ....  Bastante satisfatória. ....  Razoavelmente satisfatória. ...

Pouco satisfatória. ....  Muito satisfatória. ....

**11. Foi submetida a que tipo de cirurgia?**

Mastectomia radical modificada. ....  Quadrantectomia. ....

Mastectomia parcial. ....  Tumorectomia. ....

**12. Têm ocorrido complicações médicas após a cirurgia?**

.....

**13. Tem parceiro sexual?**

Não. ....  Fixo. ....  Ocasional. ....   
 Sim. ....

**14. É o mesmo antes da cirurgia?**

Sim. ....  Não. ....

**15. Tinha parceiro sexual antes da cirurgia?**

Sim. ....  Não. ....

**ÍNDICE DE SATISFAÇÃO SEXUAL**

Com estas questões pretendemos saber como valoriza a sua sexualidade. Responda a cada afirmação da forma mais atenta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor corresponder à sua resposta:

1	2	3	4	5
Raramente ou nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Bastantes vezes	Habitualmente ou Sempre

	1	2	3	4	5
1. Sinto que o meu parceiro sexual aprecia a nossa vida sexual. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada à mama. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A minha vida sexual é muito excitante. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada à mama. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Para o meu parceiro e para mim o sexo é divertido. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada à mama. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto que o meu parceiro sexual vê pouco em mim, excepto pelas relações sexuais que lhe posso proporcionar. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada à mama. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto que o sexo é sujo e nojento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada à mama. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A minha vida sexual é monótona. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*E antes de ser operada à mama. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Quando temos relações sexuais estas são demasiado precipitadas e apressadamente terminadas. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
8. A minha vida sexual tem falta de qualidade. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
9. O meu parceiro é sexualmente muito excitante. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
10. Aprecio as técnicas sexuais que o meu parceiro gosta ou utiliza. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
11. Sinto que o meu parceiro quer demasiado sexo de mim. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
12. Penso que o sexo é maravilhoso. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
13. O meu parceiro pensa muito em sexo. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
14. Sinto que o sexo é algo que tem de ser suportado na nossa relação. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
15. O meu parceiro cumpre uma boa higiene pessoal. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
17. Sinto que o sexo é uma função normal da nossa relação. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
18. O meu parceiro sexual não quer ter relações sexuais quando eu quero. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
19. Sinto que a nossa vida sexual realmente contribui bastante para o nosso Relacionamento. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
20. Gostaria de ter contacto sexual com alguém que não o meu parceiro. ...
- \*E antes de ser operada à mama. ....
21. É fácil para mim ficar sexualmente excitada pelo meu parceiro. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....

22. Sinto que o meu parceiro está sexualmente satisfeito comigo. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
23. O meu parceiro é muito sensível às minhas necessidades e desejos
- Sexuais. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
24. Sinto que deveria ter relações sexuais mais frequentemente. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....
25. Sinto que a minha vida sexual é enfadonha. ....
- \*E antes de ser operada à mama. ....

*Traduzido e adaptado por CARDOSO, Jorge e SOARES, Catarina (1994).*

### COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Com estas questões pretendemos saber como valoriza o seu corpo e a sua aparência. Responda a cada afirmação da forma mais atenta que lhe for possível, colocando à frente de cada frase uma cruz (X) no número que melhor corresponder à sua resposta:

Em que medida concorda com as seguintes afirmações:

1	2	3	4
Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante

- |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina". .... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. O corpo é importante numa relação entre o homem e a mulher. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo. ....            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. O meu parceiro gosta do meu corpo. ....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Olho com agrado para o meu corpo. ....                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Valorizo a imagem do meu corpo. ....                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam. ....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tendo em conta o processo de mudança resultante da sua doença e/ou tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:

1	2	3	4
Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante

	1	2	3	4
1. Tenho-me sentido inibida em relação á minha aparência. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da doença e/ou tratamento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto. .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Traduzido e adaptado por PALHINHAS, P. TAPADINHAS, A. RIBEIRO, J. (2000)*

**Agradecidos pela sua colaboração**