

O Impacto dos tratamentos do cancro da
mama na função sexual e na imagem
corporal da mulher

Maria João Vilar Fonseca

Orientador de Dissertação
Professora Doutora Ana Carvalheira

Coordenador do Seminário de Dissertação
Professora Doutora Isabel Leal

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia
Especialidade em Psicologia da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ana Carvalheira, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de mestre na Especialidade de Psicologia da Saúde, conforme o despacho da DGES, n.º 6037/2007, publicado em Diário da Republica, 2.ª série de 23 de Março de 2007

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta dissertação de mestrado quero agradecer:

À minha orientadora Prof.^a Doutora Ana Carvalheira, pelo empenho, dedicação e passagem de conhecimentos ao longo de toda esta etapa.

Ao Ricardo (Trivela), que nos momentos mais difíceis esteve ao meu lado fazendo claques para que nunca me faltasse a necessária motivação, nunca deixando que o carinho me faltasse.

Ao Marco, à Ana Rita, ao Alfredo e à Fernanda, por serem maravilhosos amigos.

À Dr.^a Sónia pelo apoio em quase quatro anos.

Ao Daniel Neves (filho da escola), por ser “o colega perfeito - nunca se deixa um homem para trás”, pelo apoio que sempre me deu e pela constante troca de conhecimentos e de material.

Ao Sérgio Costa (Jónix) pela grandiosa amizade, pelo companheirismo, pelo apoio fundamental, pelas longas horas de conversa que me ajudaram a ser melhor, e por tudo mais que faz dele o “number one of the top”, pelas incursões por essa estrada fora que sendo sempre “para fins científicos” nos levaram a lugares onde a constante e forte amizade que nos une deu lugar à sua maravilhosa expressão porque “é tão bom uma amizade; ai sabe tão bem saber com quem contar...”.

E por fim agradeço às pessoas mais importantes a quem também dedico este trabalho: *aos meus pais*, por me terem permitido realizar este curso, sem cobrar nem exigir mais do que ser apenas a sua filha, todo o esforço que fizeram para realizar o meu sonho, foi enorme.

Por isso obrigada!

RESUMO

A presente investigação tem como objectivo analisar o impacto que os tratamentos do cancro, (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), têm na função sexual e na imagem corporal da mulher com cancro da mama, estudar as diferenças do impacto da radioterapia e da hormonoterapia na imagem corporal da mulher, em função das variáveis sócio-demográficas.

A amostra é constituída por 100 mulheres, que estão a realizar ou que foram submetidas a tratamentos para o cancro da mama, divididas em grupos de 25 mulheres pelos quatro tipos de tratamento.

No estudo são utilizados três diferentes instrumentos, (1) questionário de caracterização sócio-demográfica, (2) Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) (Rosen et al., 2000; tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002) e (3) escala “Como me Relaciono com o meu Corpo” (Palhinhas, P., Tapadinhas A., & Ribeiro, J., 2000).

Palavras-Chave: Cancro da mama; Tratamentos; Função Sexual Feminina; Imagem Corporal

ABSTRACT

This research aims to analyze the impact that treatments for cancer (surgery, chemotherapy, radiotherapy and hormone therapy), have on sexual function and body image of women with breast cancer, and study the differences of the impact of radiotherapy and hormone therapy on women's body image, according to the socio-demographic variables.

The sample consists of 100 women, who are undertaking or who have undergone treatment for breast cancer, claims in groups of 25 women for four types of treatment.

The study used three different instruments, (1) a questionnaire on socio-demographic characteristics, (2) Female Sexual Functioning Index (FSFI) (Rosen et al., 2000; translation and adaption Nobre, 2002) and (3) scale "How do I deal with my Body" (Palhinhas, P., Tapadinhas A., & Ribeiro, J., 2000).

Key-words: Breast cancer, treatment; Female Sexual Function, Body Image

ÍNDICE

Introdução	1
CAPÍTULO I -REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	3
1. Cancro da mama	4
1.1 Tipos de cancro da mama	5
1.2 Sinais e diagnóstico do cancro da mama	7
1.3 Classificação do cancro da mama	8
1.4 Tratamento do cancro da mama	8
1.5 Efeitos secundários dos tratamentos do cancro da mama	11
2. Cancro da mama - sexualidade e imagem corporal	13
2.1 Impacto dos tratamentos do cancro da mama na função sexual da mulher	13
2.1.1 Impacto da cirurgia na função sexual da mulher	14
2.1.2 Impacto da quimioterapia na função sexual da mulher	15
2.1.3 Impacto da radioterapia na função sexual da mulher	17
2.1.4 Impacto da hormonoterapia na função sexual da mulher	17
2.2 Impacto dos tratamentos d cancro da mama na imagem corporal da mulher	19
CAPÍTULO II - PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO	22
1. Objectivos	23
1.1 Objectivos gerais	23
1.2 Objectivos específicos	23
2. Hipóteses do Estudo	23
3. Tipo de Estudo	24
4. Varáveis	24
5. Sujeitos participantes	25
6. Caracterização do local de recolha da amostra	25
7. Caracterização e descrição dos instrumentos	26
8. Procedimento	28
CAPÍTULO III - CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
Capítulo III - Considerações finais	31
CAPÍTULO IV - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33

CAPÍTULO IV - Referências Bibliográficas	34
CAPÍTULO V - ANEXOS	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama da mama (Ogden, 2004)

4

INTRODUÇÃO

No âmbito da realização de uma dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde, nomeadamente no campo da Sexualidade Feminina, efectuou-se e uma investigação subordinada ao tema: “O impacto dos tratamentos do cancro da mama na função sexual e na imagem corporal da mulher.”

A escolha deste tema surge como uma oportunidade de aumentar os conhecimentos sobre o impacto dos tratamentos para o cancro da mama, nomeadamente do ponto de vista de uma temática que se encontra bastante negligenciada, a sexualidade e as consequentes alterações que estes tratamentos provocam na sexualidade e na imagem corporal da mulher.

O cancro da mama é actualmente uma das doenças oncológicas com maior incidência nas mulheres, sendo ainda uma das principais causas de morte em mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos de idade, sendo que de acordo com diversos estudos, o número de mulheres com a probabilidade de desenvolverem este tipo de tumor, aumentou significativamente nos últimos anos.

Contudo o avanço das técnicas de tratamento, e o avanço dos meios de diagnóstico, contribuiu para um eficaz aumento da esperança de vida nas mulheres precocemente diagnosticadas com este tipo de tumor, o que significa que se tenha de ter em especial atenção determinadas questões como o impacto que os tratamentos têm não só a nível psicológico, mas também como ao nível da saúde geral na mulher. Sendo a sexualidade um bom preditor do estado de saúde geral da mulher, importa ter em atenção esta área.

Não é um facto desconhecido que quando ocorre um diagnóstico de cancro, a sexualidade da mulher também é negativamente afectada. No caso particular de um cancro da mama, o impacto deste diagnóstico está também fortemente associado ao facto de a mama ser um órgão com uma grande conotação sexual e uma elevada associação á expressão da feminilidade.

Existem diversos estudos, que apontam para que uma grande percentagem das mulheres venha mesmo a desenvolver algum tipo de disfunção sexual, quer durante o tratamento, quer mesmo após este, uma vez que os tratamentos para este tipo de doença são muito agressivos, não só para a saúde física da mulher, mas também para a sua saúde psicológica e sexual.

Actualmente a terapêutica mais utilizada neste tipo de doença resulta de uma combinação de vários tratamentos nomeadamente da combinação da mastectomia com a quimioterapia, com a radioterapia e com a hormonoterapia, o que faz com que os efeitos

secundários associados à terapêutica sejam muito mais pronunciados e causem um maior impacto na expressão sexual da mulher.

Também devido aos efeitos secundários dos tratamentos, a mulher sofre um grande impacto ao nível da sua imagem corporal que mais não é que a imagem mental que o indivíduo tem do seu próprio corpo, assim, uma vez que o corpo físico é fortemente afectado e por vezes brutalmente alterado, significa que vai ter que existir da parte da mulher um ajustamento a este novo corpo, que ela não desejou e com o qual vai ter de aprender a conviver,

Este necessário ajuste por parte da mulher, a um novo corpo vai trazer uma série de dificuldades acrescidas não só a nível psicológico mas também a nível sexual, dado que o corpo físico é o veículo que a mulher utiliza para se expressar sexualmente.

Deste modo, esta investigação pretende analisar qual o real impacto que os tratamentos para o cancro da mama têm no funcionamento sexual da mulher, qual o tipo de tratamento que causará maior disfunção, e qual impacto que esta terapêutica tem na imagem corporal da mulher. Esta investigação torna-se pertinente para a Psicologia da Saúde dado que a saúde sexual vai interferir com ao nível do bem-estar do indivíduo e com a sua qualidade de vida.

A estrutura desta dissertação toma a forma de um projecto, que está dividido em cinco capítulos: o primeiro capítulo é o da pesquisa bibliográfica que está dividido em dois subcapítulos, sendo que no primeiro subcapítulo se explana a temática do cancro da mama através de uma abordagem geral, e dizemos geral porque esta é uma temática que por si só daria uma dissertação. No segundo subcapítulo aborda-se então a sexualidade e a imagem corporal no cancro da mama, nomeadamente o impacto dos tratamentos para o cancro da mama na função sexual da mulher, explanando de uma forma sintética o impacto de cada um destes tratamentos no funcionamento sexual feminino, bem como também se explora o impacto destes na imagem corporal da mulher com cancro da mama.

O segundo capítulo é constituído então pelo projecto de investigação, que compreende os objectivos do estudo e as hipóteses de investigação.

No terceiro capítulo, estão então as considerações finais desta investigação, onde se salienta a importância desta investigação.

Para finalizar, no quarto capítulo são apresentadas as referências bibliográficas consultadas para a elaboração da parte teórica desta investigação.

CAPITULO I – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Cancro da mama

Segundo Otto (2000) da grande diversidade de doenças oncológicas existentes na actualidade, o cancro da mama é um dos tumores malignos com maior incidência nas mulheres, sendo a principal causa de morte nas mulheres com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos. Ainda segundo o mesmo autor a “detecção precoce continua a ser a chave para o controle do cancro da mama” (Otto, 2000, p. 89).

O conhecimento da anatomia da mama e dos tecidos envolventes contribui para a compreensão e conhecimento do cancro da mama e da sua classificação (Otto, 2000).

As mamas femininas são constituídas por lóbulos (20), por ductos e tecido adiposo, sendo que os lóbulos são os responsáveis pela produção do leite e os ductos pelo seu transporte para os mamilos (Ogden, 2004).

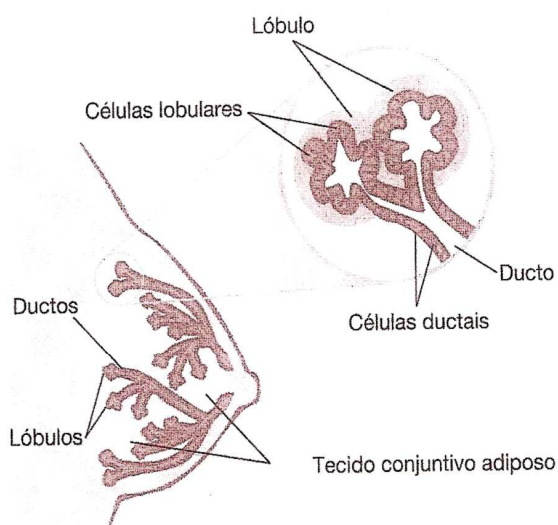


Figura 1. Diagrama da mama. De *Breast Cancer: spot the symptoms early*. Folheto do Cancer Research UK (2002). Reprodução autorizada.

Figura 1 – Diagrama da mama (Ogden, J. 2004, p. 17)

O cancro da mama é um tipo de carcinoma que se desenvolve no tecido celular mamário, e que é constituído por um conjunto de células neoplásicas, que invadem os tecidos celulares adjacentes e que se podem espalhar por outros órgãos do corpo (LPCC, 2008). É o tipo de cancro mais frequente em mulheres com idades dos 35 aos 70 anos, correspondendo ao

segundo tipo de cancro responsável pela maior taxa de mortalidade feminina quer nos Estados Unidos, quer na Europa (Baltar et al, 2005; Figueiredo, et al, 2001; Ganz et al, 1992; Rodriguez & Sanchez, 1995, cit. por Rebelo et al, 2007).

1.1 Tipos de cancro da mama

De acordo com Ogden, (2004, p. 23), “o cancro da mama parece ter atingido proporções de epidemia” Estudos epidemiológicos realizados em 1996 apontam para que pelo menos 1 em cada 8 mulheres desenvolverá cancro de mama na sua vida, sendo que nos Estados Unidos no ano de 1996, foram diagnosticados aproximadamente 184300 novos casos de cancro de mama a mulheres (Otto, 2000).

Em Portugal as informações da Direcção Geral de Saúde (2003) apontam para o aparecimento de 4000 novos casos por ano, sendo assim, o tipo de cancro que mais vítima faz na população feminina. As razões para tão elevada prevalência deste carcinoma ainda não são totalmente conhecidas, contudo existem algumas hipóteses que apontam para o sucesso dos programas de prevenção e detecção do cancro e para o aumento progressivo da esperança média de vida na população feminina. Contudo apesar dos elevados esforços desenvolvidos na prevenção e na detecção do cancro da mama, as taxas de mortalidade estão estagnadas (Ogden, 2004; Simões et al, 2007).

Existem 2 tipos principais de cancro da mama, o **Carcinoma Não Invasivo (ductal ou lobular)** ou *in situ*, e o **Carcinoma Invasivo (ductal, lobular, inflamatório e Doença de Paget)** (Ogden, 2004).

O **Carcinoma Ductal Não Invasivo** ou *in situ* é um tipo de carcinoma (cancro) que está confinado aos ductos e não invade os tecidos mamários adjacentes. Este tipo de carcinoma é o mais precocemente identificado nos exames de diagnóstico e despiste (mamografias), o que faz com que na maioria dos casos seja identificado numa fase inicial (Ogden, 2004).

No carcinoma ductal invasivo verifica-se um crescimento e divisão anómalo das células dos ductos o que faz com que estas se tornem em células cancerígenas. Este tipo de carcinoma quando é removido atempadamente tem um prognóstico de cura muito favorável e uma baixa taxa de reincidências (Ogden, 2004).

O **Carcinoma Lobular *in situ*** (outro tipo de carcinoma não invasivo), é um tipo de cancro onde ocorreu um anormal desenvolvimento das células do revestimento da glândula mamária. Alguns especialistas dizem que o carcinoma lobular *in situ* não é um cancro da

mama mas “que há um risco de contraí-lo futuramente, em qualquer dos seios. É mais comum em mulheres pré-menopáusicas e deve ser seguido atempadamente (Ogden, 2004, p. 19).

No que respeita ao **Carcinoma Ductal Invasivo** é o tipo de cancro da mama mais comum, e começa por se desenvolver nos ductos mamários espalhando-se seguidamente pelos tecidos adjacentes (podendo mesmo disseminar-se por outros órgãos do corpo), esta invasão ocorre pela capacidade das células cancerígenas de invadirem os tecidos linfáticos ou sanguíneos e assim se disseminarem por todo o corpo.

O **Carcinoma Lobular Invasivo** é o tipo de carcinoma que se desenvolve primeiramente nos lóbulos mamários invadindo de seguida outros tecidos adjacentes. Este tipo de carcinoma é geralmente de difícil diagnóstico, uma vez que nem sempre forma um nódulo (caroço) definido, o que “pode significar que pode estar em maior número que os outros tipos de carcinomas quando é diagnosticado. Também é comum ser diagnosticado nos dois seios ao mesmo tempo” (Ogden, 2004, p. 19).

O **Cancro Inflamatório da Mama** é um carcinoma raro e avançado, e ocorre quando há um bloqueio dos canais linfáticos pelas células cancerosas, o que provoca uma inflamação dos canais (Ogden, 2004). É muito comum este tipo de carcinoma ser confundido com uma inflamação ou mesmo com uma reacção alérgica da mama, uma vez que os primeiros sintomas deste cancro se assemelham muito aos destas patologias e dado que é um tipo de carcinoma de aparecimento súbito, que vai dificultar um correcto diagnóstico da doença oncológica. De salientar que este tipo de cancro tem um crescimento e uma metastização muito rápida.

A **Doença de Paget** é um tipo raro de carcinoma da mama invasivo, que se desenvolve primariamente nos ductos do mamilo. Tem duas formas, sendo que uma delas está mais associada ao mamilo e a outra a um carcinoma invasivo da mama (Ogden, 2004). O seu correcto diagnóstico é difícil uma vez que os sintomas de vermelhidão, comichão, aparecimento de crostas no mamilo, podem ser confundidos com uma inflamação. Este tipo de carcinoma é muitas vezes diagnosticado nos dois seios e deverá ser tratado como qualquer outro tipo de carcinoma, exceptuando quando a atinge somente o mamilo em que se deverá tratar “através da remoção do mamilo e da aréola” (Ogden, 2004, p. 20).

1.2 Sinais e diagnóstico do cancro da mama

a) Sinais mais comuns do Cancro da mama

Tal como todas as outras doenças também o cancro da mama apresenta um conjunto de sinais que devem ser tomados em consideração na hora do diagnóstico e que são (LPCC, 2008):

- Aparecimento de um nódulo (caroço) ou endurecimento da mama ou da axila;
- Mudança do formato ou do tamanho da mama;
- Alteração da cor ou da sensibilidade da pele na mama ou da aréola;
- Secreção contínua de fluido por um dos mamilos;
- Retracção ou inchaço da pele da mama ou do mamilo.

b) Diagnóstico do Cancro da mama

Um correcto e precoce diagnóstico do cancro da mama pode significar um bom prognóstico de cura. Este diagnóstico deverá ser feito regularmente tanto pela própria mulher como por um clínico especializado.

Assim mensalmente, (LPCC, 2008), é aconselhado que a mulher faça o Auto-exame da mama que consiste numa palpação de toda a área de ambos os seios após o período menstrual.

O diagnóstico clínico do cancro da mama deverá ser efectuado por um clínico especializado e deverá contemplar a história clínica e familiar da paciente, bem como a palpação da mama (LPCC, 2008), pois ao efectuar a palpação da mama o clínico poderá detectar a presença de nódulos e assim completar o exame de diagnóstico com outras técnicas tais como:

- Mamografia – esta técnica é a principal de diagnóstico. É realizada através de um Raio X à mama. Sendo um tipo de exame muito preciso permite ao clínico saber a localização e as características do nódulo (mesmo que este não tenha ainda sido previamente detectado)
- Ultrassonografia (ecografia) - esta é uma técnica que vai complementar o diagnóstico da mamografia e vai permitir ao clínico saber se o nódulo é constituído por uma massa sólida ou se contém liquido (como nos casos dos cistos que não são carcinomas).
- Citologia Aspirativa – é uma técnica que vai permitir o esclarecimento da composição do nódulo. É efectuada através da inserção de uma agulha muito fina

no local da mama onde se situa o nódulo e por meio de aspiração o clínico retira uma pequena quantidade de tecido (líquido ou sólido) para posterior exame microscópico.

- Biopsia – é um procedimento que permite a recolha de uma amostra do tecido do nódulo para posterior exame, e que permite confirma se o diagnóstico é de um cancro da mama ou não.

1.3 Classificação dos estádios do cancro da mama

O cancro da mama tem cinco estádios de desenvolvimento dos quais vai depender o tratamento e que são:

- Estádio 0 – é o estágio que corresponde ao Carcinoma Ductal *in situ*;
- Estádio I – é o estágio em que o tumor apresenta aproximadamente 2 cm de diâmetro, não apresentado sinais de disseminação pelos tecidos linfáticos adjacentes;
- Estádio II – é o estágio que inclui os tumores com um diâmetro de aproximadamente 5 cm, mas com invasão dos gânglios linfáticos adjacentes, ou tumor primário com mais de 5 cm de diâmetro mas sem metástases;
- Estádio III - é o estágio que inclui os tumores com um diâmetro de mais do que 5 cm e com invasão dos gânglios linfáticos da axila do lado da mama afectada;
- Estádio IV – é o estágio correspondente à altura da invasão do carcinoma nos outros órgãos do corpo (e.g. pulmões, fígado, ossos, pele, etc.).

1.4. Tratamento do cancro da mama

Actualmente a decisão do tratamento do cancro da mama já não é uma decisão exclusiva do médico, a mulher tem um papel fundamental na decisão de que tipo de tratamento vai receber, assim torna-se importante que a mulher tenha conhecimento acerca de todos os tipos de tratamentos existentes, para de uma forma consciente e em posse do máximo de informação possa decidir qual o tratamento que melhor se adequa á sua situação (Ogden, 2004).

A escolha do tratamento para o carcinoma da mama também depende de factores como o tipo e estágio em que o tumor se encontra, bem como do estágio de saúde global da paciente. Quando estes factores estão identificados a paciente dispõe de quatro tipos de tratamento para o seu carcinoma, (LPCC, 2008), a cirurgia; a quimioterapia; a radioterapia e a hormonoterapia, que também vão variar (Simões et al, 2007).

a) A Cirurgia – De acordo com Simões et al (2007) “ a cirurgia é a modalidade terapêutica mais antiga e eficaz no tratamento de tumores malignos” (Simões et al, 2007, p. 68), e principal objectivo deste tipo de terapêutica é alcançar o controlo local e regional da doença (Otto, 2000). O tipo de intervenção cirúrgica varia consoante o estágio da doença. Segundo Otto (2000), a terapêutica cirúrgica divide-se em:

- Mastectomia Radical Modificada ou Mastectomia Total com Dissecção dos Nódulos Axilares: neste tipo de cirurgia a mama é totalmente removida juntamente com os nódulos linfáticos axilares, bem como o revestimento acima do músculo grande peitoral. O músculo peitoral não é removido e o músculo pequeno peitoral pode ou não ser retirado.
- Mastectomia Radical ou Mastectomia Simples: neste tipo de cirurgia é removido todo o tecido mamário, incluindo o mamilo, a aréola mamária, e todo o revestimento acima do músculo grande peitoral. Os músculos da parede do tórax não são retirados.
- Lumpectomia ou Tumorectomia: neste tipo de cirurgia apenas se retira o tumor, conseguindo-se assim conservar grande parte da mama.
- Mastectomia Parcial ou de Excisão Alargada: neste tipo de cirurgia retira-se não só o tumor, como também uma grande porção de tecido mamário normal.
- Quadrantectomia: neste tipo de cirurgia divide-se a mama em quadrantes e apenas se retira o quadrante mamário que contém o tumor, bem como a pele subjacente e o revestimento acima do músculo grande peitoral.

Segundo Biazús e Zucatto (2005), o tipo de cirurgia mais utilizado actualmente para o tratamento do cancro da mama é a Mastectomia Radical Modificada.

De acordo com Ogden (2004), independentemente do tipo de cirurgia realizado uma Mastectomia tem sempre efeitos secundários que poderão ser permanentes ou temporários.

- b) Quimioterapia** – a quimioterapia é o tratamento, para o cancro, que utiliza fármacos anticancerosos para eliminar (matar) ou atingir as células cancerosas do tumor quer as que se tenham disseminado através da corrente sanguínea pelo resto do corpo (Ogden, 2004). Segundo Le Mintier (2006) a quimioterapia utiliza-se quando se pretende reduzir a dimensão do tumor e efectuar um tratamento local, mas também é utilizada como forma de impedir o crescimento do tumor e destruir as células tumorais que se possam ter disseminado pelo organismo, ou seja também se utiliza a quimioterapia na destruição das metástases tumorais. Ainda segundo o mesmo autor esta modalidade de tratamento poder ser realizada antes ou depois da cirurgia e muitas vezes também associada a outras modalidades de tratamento. A quimioterapia provoca uma série de efeitos secundários, sendo os mais comuns a queda de cabelo, náuseas, vómitos, fadiga e inflamação da boca, que vão interferir com a auto-imagem, com a intimidade e com a qualidade de vida da mulher (Ogden, 2004).
- c) Radioterapia** – este tipo de terapêutica utiliza a emissão de raios X de alta frequência para tratar o cancro e parar o crescimento das células tumorais. Pode ser feita através de uma máquina (radiação externa), ou através de implantes (que imitem raios X) no interior do organismo (radiação interna ou braquiterapia) (Ogden, 2004). Ainda de acordo com Ogden (2004), o uso da radioterapia é uma forma eficaz de destruição das células cancerígenas que ficam após a cirurgia. Contudo este tratamento utilizado sozinho não é uma forma de curar o cancro da mama, tendo de ser utilizado em conjunto com outra modalidade terapêutica, pois a radioterapia por si só não tem a capacidade de destruir grandes aglomerados celulares (como o de um cancro da mama), mas é uma boa forma de eliminar as células tumorais que a cirurgia não conseguiu remover na totalidade (Ogden, 2004).
- d) Hormonoterapia** – o principal objectivo da hormonoterapia é impedir que as células tumorais recebam a hormona que potencia e estimula o seu crescimento. A hormonoterapia pode incluir o uso de fármacos mas também a remoção cirúrgica dos ovários para que a hormona que estimula o crescimento das células cancerígenas deixe de ser produzida pela mulher (Biazús e Zucatto, 2005).

1.5. Efeitos secundários dos tratamentos do cancro da mama

Os tratamentos do cancro da mama, tal como qualquer tratamento têm efeitos secundários que afectam a saúde global, o funcionamento sexual e a qualidade de vida da mulher que a eles é submetida.

O diagnóstico e o tratamento do cancro da mama podem ter efeitos na saúde sexual da mulher devido a alterações da imagem corporal, a alterações na fertilidade, no bem-estar físico que resultam em desconforto emocional (William et al, 2004, cit. por Bakewell, 2005). A morbidade relacionada com a disfunção sexual nas mulheres com cancro de mama é muito elevada (Stead, 2003; Thors et al, 2001, cit. por Bakewell, 2005, p. 697). Assim a conservação de uma boa saúde sexual é um bom indicador de qualidade de vida nas pessoas com cancro (Bakewell, 2005).

De seguida serão apresentados os efeitos secundários mais comuns nos diferentes tratamentos do cancro da mama.

a) Cirurgia

As investigações mais antigas sobre as disfunções sexuais relacionadas com os tratamentos do cancro da mama focavam-se na quantidade de tecido removido, assim a mastectomia era descrita como a “mutilação do corpo que levava à perda da feminilidade e atractividade e que potencialmente fazia os pacientes sentirem-se inaceitáveis perante os seus parceiros” (Renneker & Cutler, 1952, cit. por Bakewell, 2005, p. 698). A quadrantectomia, quando comparada com a mastectomia tende a facilitar uma boa imagem corporal, (Schover, 1991; Schover et al, 1995; Wilmoth & Ross, 1997; Young-McCaughan, 1996, cit. por Bakewell, 2005).

b) Radioterapia

Os efeitos secundários que derivam da radioterapia, são quase sempre temporários, e confinados á área que foi tratada, contudo podem surgir alterações na imagem corporal devido a alterações dérmicas, tais como “tatuagens” de radiação, eritema e queimaduras (Bakewell, 2005). Na radioterapia os efeitos secundários geralmente desaparecem algum tempo após o término do tratamento, e as mulheres usualmente não experienciam um grande impacto na sua

qualidade de vida (Amichetti et al, 1999; Schover, 1991; Schover et al, 1995; Wilmoth et al, 2004, cit. por Bakewell, 2005).

Infelizmente alguns dos efeitos secundários relacionados com a radioterapia podem durar mais tempo e mesmo passar a crónicos, o que leva a um impacto significativo ao longo dos anos. As manifestações crónicas dos efeitos da radioterapia relacionadas com o cancro da mama incluem: alteração da pigmentação da pele, telangiectasias, eritema, fibroses, e dificuldade nos movimentos do braço do lado do carcinoma (Hoeller, et al, 2003, cit. por Bakewell, 2005). “A fibrose também pode contribuir para um decréscimo da mobilidade do braço e limitar a posição física durante a relação sexual” (Bakewell, 2005, p. 698).

c) Quimioterapia

A quimioterapia tem múltiplos efeitos secundários, incluindo alguns de rápida e fácil resolução e outros que afectam a qualidade de vida. Os efeitos secundários mais agudos e que podem afectar o sentimento de atractividade da mulher incluem alopecia (queda de cabelo que pode ser no escalpe ou no corpo), pallor (empalidecimento da pele), aumento de peso, náuseas, vómitos, e cansaço (Barton et al, 2004, Dorval, et al, 1998, Rogers & Kristjanson, 2002, cit. por Bakewell, 2005).

A quimioterapia, também pode potenciar uma prematura falência dos ovários, que desencadeará uma menopausa precoce, bem como um rápido decréscimo nos níveis de estrogénios e de testosterona, principalmente em mulheres com aproximadamente 30 anos (Ganz et al, 2003; Schover, 1991; Young-McCaughan, 1996, cit. por Bakewell, 2005). A sintomatologia associada á menopausa relacionada com o cancro da mama é mais severa, causando assim um maior impacto, na qualidade de vida das mulheres, dado que mais facilmente pode potenciar uma disfunção sexual (Ganz et al, 2003; Graf & Geller, 2003; Lindley et al, 1998; Young-McCaughan, 1996, cit. por Bakewell, 2005). Devido a haver um decréscimo nos níveis de testosterona assiste-se a uma diminuição da libido. Também os afrontamentos, o aumento de peso, o cansaço, a secura vaginal e a Dispareunia provocam na mulher sentimentos negativos em relação a atracão que contribuem para a disfunção sexual (Wilmoth, et al, 2004, cit. por Bakewell, 2005).

d) Hormonoterapia

“O Tamoxifen é um receptor antagonista do estrogénio, utilizado no tratamento do cancro, e é utilizado em mulheres com um elevado nível de estrogénio ou progesterona nas células tumorais do cancro da mama” (Bakewell, 2005, p. 699). Os efeitos secundários deste fármaco utilizado no tratamento do cancro da mama “incluem afrontamentos, descargas vaginais, alterações do humor, aumento de peso e dor nos ossos” (Bakewell, 2005, p.699), nas mulheres pré-menopáusicas, o Tamoxifen pode causar secura vaginal e um anormal sangramento do útero (Mortimer et al, 1999, cit. por Bakewell, 2005). Todos estes sintomas contribuem para que a mulher experiencie sentimentos negativos de atracção que vão afectar a sua saúde sexual (Young-McCaughan, 1996).

2. Cancro da mama - sexualidade e imagem corporal

2.1 Impacto dos tratamentos do cancro da mama na função sexual da mulher

Na sua generalidade, a expressão sexual da mulher é negativamente afectada quando ocorre um diagnóstico de cancro. No que respeita ao cancro da mama, e devido à mama ser órgão fortemente associado à expressão sexual feminina este impacto torna-se ainda mais negativo sendo que diversos estudos apontam para que aproximadamente 90% das pacientes apresentem algum tipo de disfunção sexual, quer no período terapêutico quer no período pós terapêutico (Mooradian, 1990).

A função sexual é um aspecto da qualidade de vida que frequentemente é considerado menos importante que o tratamento do cancro da mama, o que leva a que muitas vezes as intervenções a que as mulheres são sujeitas não sejam as mais adequadas o que faz com que exista um tão elevado numero de pacientes que apresentem disfunções sexuais quer no tratamento quer no pós tratamento do cancro da mama (Ananth et al, 2003; Mooradian, 1990).

Os tratamentos do cancro da mama tal como a mastectomia, a tumorectomia, a quimioterapia, a radioterapia e a hormonoterapia, podem gerar algumas disfunções sexuais, além de problemas físicos e dos efeitos secundários tão amplamente conhecidos (Kaplan, 1992), sendo que diversas pesquisas apontam mesmo para que estas disfunções sexuais sejam de longo prazo (Ganz et al, 1998), tais como, o vaginismo, a secura vaginal, a perda do desejo

sexual, e a dispareunia, sendo estas a que estão mais directamente relacionadas com a quimioterapia e a radioterapia (Mckee e Schover, 2001).

Os melhores resultados terapêuticos para o cancro da mama são actualmente alcançados pela combinação dos vários tipos de terapia (mastectomia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), contudo actualmente a mastectomia ainda é o tratamento principal e o mais utilizado, por forma a evitar a disseminação do tumor para outras áreas. (Talhaferro, 2007).

2.1.1 Impacto da cirurgia na função sexual da mulher

A mama desempenha um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento da mulher. Também representa na nossa cultura um símbolo de identificação da feminilidade, sendo também um símbolo da expressão do erotismo, da sensualidade e da sexualidade. Assim quando consideramos estas questões, o cancro da mama é um acontecimento marcante e com implicações de nível social, psicológico e sexual (Kovács et al, 1998; Boff, 1998, cit. por Duarte e Andrade, 2003).

Uma mastectomia tem sempre um carácter agressivo, invasor e traumatizante para qualquer mulher para a sua saúde já que a prejudica a nível biológico, psicológico e que provoca alterações não só ao nível da sua auto-imagem mas também ao nível da sua identidade, da sua auto-estima e que se vão repercutir na expressão da sua sexualidade (Talhaferro, 2007)

As repercussões que uma mastectomia tem na vida de uma mulher podem despoletar diversos problemas, que variam conforme o contexto em que a mulher se encontra e as suas experiencias de vida. Contudo é inegável que um cancro da mama afecta muitos aspectos da vida de uma mulher entre os quais se encontram a sua função sexual e a auto-imagem.

No que respeita à mastectomia devemos considerar qual o tipo de mastectomia a que a mulher é sujeita, uma vez que existem diferenças significativas entre os procedimentos cirúrgicos e os efeitos que eles provocam no ajustamento psicológico e afectivo-sexual da mulher (Schover, 1994, Schover et al, 1995; Yurek et al, 2000, Fung et al, 2001; Nissen et al, 2001; Parvanova et al, 2001; Veronesi et al, 2002).

De acordo com Taylor, (1985) as mastectomias radicais produzem na mulher um pior ajustamento psicológico e afectivo-sexual do que as mastectomias simples ou mesmo as tumorectomias, o que leva ao desenvolvimento de disfunções sexuais, mesmo em mulheres

mais novas. Assim, quando uma mulher é submetida a uma mastectomia radical como forma de tratamento para um cancro da mama, o seu corpo perfeito sofre uma agressão que o torna imperfeito sendo que esta imperfeição poderá então causar diversos problemas, incluindo os ligados à sexualidade (Miller e Graham, 1975, Lim et al, 1995).

Já em relação a uma tumorectomia McPhail e Wilson (2000), observaram no seu estudo que não existiam diferenças significativas em aproximadamente 71% das mulheres no que respeita ao interesse sexual antes do diagnóstico e tratamento, havendo contudo uma diminuição do interesse em cerca de 29% e maior inibição sexual em cerca de 25% das pacientes. Sendo que em apenas 7% das mulheres estudadas ocorreu um total cessar da actividade sexual.

De acordo com Hughes (2008), o impacto principal de uma mastectomia como tratamento do cancro da mama na função sexual de uma mulher prende-se com a alteração da auto-imagem em relação ao seu corpo e aquele que é considerado um dos órgãos principais para a sexualidade.

2.1.2 Impacto da quimioterapia na função sexual da mulher

A quimioterapia é um tipo de tratamento especialmente agressivo para a função sexual da mulher que devido à sua natureza e aos efeitos secundários podem conduzir a uma abrupta e prematura falência dos ovários, causando assim sintomas de menopausa na maioria das mulheres pré-menopáusicas. Esta falência ovárica resulta numa diminuição de estrogénios e testosterona que estão fortemente correlacionados com uma atrofia dos músculos da vagina, e com a diminuição da lubrificação vaginal (Kaplan, 1992; Rosen, Taylor, Leiblum, & Bachmann, 1993; Sherwin, 1994; cit. por Meyerowitz et al, 1999). Assim, o uso da quimioterapia como tratamento principal ou como tratamento auxiliar para o cancro da mama pode resultar numa perda temporária ou mesmo permanente da função dos ovários na mulher, o que vai contribuir para uma alteração do funcionamento sexual em virtude da ocorrência de uma diminuição da libido e da capacidade da mulher para se envolver numa actividade sexual (Rogers et al, 2002; Horden, 2000, Buerwell 2006).

A sintomatologia associada a uma menopausa relacionada com o cancro da mama é mais severa, causando assim um maior impacto na qualidade de vida das mulheres, dado que mais facilmente pode potenciar uma disfunção sexual (Ganz et al, 2003; Graf & Geller, 2003; Lindley et al, 1998; Young-McCaughan, 1996, cit. por Bakewell, 2005). Devido, na maioria

dos casos, haver um decréscimo nos níveis de testosterona assiste-se a uma diminuição da libido. Também os afrontamentos, o aumento de peso, o cansaço, a secura vaginal e a Dispareunia provocam na mulher sentimentos negativos em relação a atracção que contribuem para a disfunção sexual (Wilmoth, et al, 2004, cit. por Bakewell, 2005).

De acordo com diversos autores (Kaplan, 1992; Schover, 1994; Horden, 2000; Rogers, 2002), as mulheres com idades superiores a 35 anos estão mais propensas a que um tratamento de quimioterapia desencadeie uma menopausa permanente, (entre 61% e 97%), do que as mulheres com idades abaixo dos 35 anos, dado que estas possuem um maior número de ovócitos em reserva, o que faz com que a probabilidade de a quimioterapia provocar qualquer dano permanente no ovário diminua consideravelmente para um intervalo de 22% a 61%.

Lamentavelmente, a quimioterapia é considerada como um dos principais factores desencadeantes de uma disfunção sexual, nas mulheres (Ganz et al, 2003; Schover, 1991; Schover et al, 1995; Wilmoth & Botchway, 1999; Wilmoth & Ross, 1997; Young-McCaughan, 1996, cit. por Bakewell, 2005). Num estudo efectuado com 43 mulheres que receberam tratamentos quimioterapêuticos (sendo que a maioria eram mulheres jovens) Schover et al, (1995), observaram que a quimioterapia tinha um impacto na função sexual provocando diminuição do desejo sexual, dispareunia e securas vaginais e uma maior dificuldade para alcançar o orgasmo nas pacientes.

Também, Ganz et al (2003), concluíram que as mulheres a quem é diagnosticado um cancro de mama e que são tratadas com quimioterapia (quer como tratamento auxiliar da mastectomia ou não), reportam uma diminuição do desejo sexual e da capacidade de se envolverem numa relação sexual, dado que o tratamento quimioterapêutico afecta o funcionamento das gónadas, causando uma menopausa precoce, o que conduz não só a uma diminuição da função sexual, mas também a “uma diminuição da excitação sexual, da energia sexual e do prazer erótico” sentido pela mulher (Shell, et al, 2008, cit. por Hughes, 2008, p. 93).

Num estudo efectuado por Wilmoth (2001) em que foi examinada a função sexual de 11 mulheres que haviam sido submetidas a uma mastectomia e 7 mulheres que foram submetidas a uma tumorectomia, sendo que desta amostra somente 94% das pacientes efectuaram quimioterapia com tratamento auxiliar da cirurgia, ou então submeteram-se a radioterapia ou hormonoterapia como tratamento auxiliar da cirurgia, várias pacientes

reportaram então diminuição do desejo sexual, secura vaginal, dor e perda de sensibilidade genital e nas mamas, decréscimo do orgasmo.

2.1.3 Impacto da radioterapia na função sexual da mulher

A utilização da quimioterapia como terapêutica auxiliar da cirurgia no cancro da mama está amplamente estabelecida desde a década de 70, sendo até considerada de alto risco para as mulheres pré-menopáusicas (Fisher et al, 1975; Nissen-Meyer et al, 1978).

Assim o uso da radioterapia caiu em desuso dado que aparentava não ter significância na sobrevivência das pacientes a longo prazo. No entanto diversos estudos levaram os autores a reconsiderar esta posição face à radioterapia e a incluí-la como tratamento auxiliar da quimioterapia para o tratamento de tumores de grande volume, (Ragaz et al, 1997). Por esta razão muitas pacientes são agora tratadas com cirurgia de conservação como por exemplo a tumorectomia e recebem como terapêutica auxiliar radioterapia para controlar a disseminação do tumor e eliminar o que a cirurgia não conseguiu (Overgaard et al, 1997).

De um modo geral os efeitos da radioterapia são de curta duração, contudo, alguns podem durar mais tempo e mesmo passar a crónicos, o que leva a um impacto significativo ao longo dos anos (Hoeller, et al, 2003, cit. por Bakewell, 2005).

Na função sexual da mulher os efeitos da radioterapia estão directamente relacionados com o local onde é feita a irradiação. Assim, se a irradiação for feita na zona pélvica (como forma de eliminar células tumorais que se possam ter metastizado) a radioterapia poderá causar danos ao nível vascular ou mesmo do tecido nervoso e resultar para a mulher numa dificuldade em alcançar o orgasmo, mas também provocar mudanças ao nível da vagina, nomeadamente provocar fibrose do tecido da vagina que poderá resultar numa dispareunia (Wilmoth, 2001; Hughes, 2008, Cartwright, 1995, cit. por Hughes, 2008).

2.1.4 Impacto da hormonoterapia na função sexual da mulher

Actualmente a hormonoterapia é utilizada como terapêutica auxiliar quer da quimioterapia quer da cirurgia, sendo mesmo um dos tipos de tratamento mais eficazes no cancro da mama, contudo esta eficácia só se verifica nos tumores que expressam os receptores

de estrogénio ou de progesterona, sendo que o benefício é uma diminuição da taxa de mortalidade em 10% (Cantinelli et al, 2006).

Os principais efeitos do uso da hormonoterapia no cancro da mama estão relacionados com a indução de uma menopausa precoce ou da acentuação dos sintomas da menopausa, contudo o uso do Tamoxifen, (fármaco utilizado para a hormonoterapia), apesar de causar efeitos secundários como afrontamentos é considerado um protector para a osteoporose e para a arteriosclerose (Cantinelli et al, 2006).

Uma outra consequência do Tamoxifen é a secura vaginal. Devido a este efeito secundário a normal função sexual da mulher poderá ser afectada durante o processo terapêutico.

A literatura acerca dos efeitos da hormonoterapia no cancro da mama não é muito conclusiva e os resultados parecem variar segundo os diversos estudos. Assim, num estudo efectuado por Berglund et al, 2002, (cit. por Hughes, 2008), as mulheres que receberam terapia hormonal para o cancro da mama relataram a existência de alguns problemas no funcionamento sexual, contudo após o término da terapêutica, estes problemas deixaram de existir. Já de acordo com Ganz et al, (1998), o uso da hormonoterapia como terapêutica auxiliar da quimioterapia, nomeadamente o uso do Tamoxifen não parece afectar negativamente a sexualidade de mulheres com idades superiores a 50 anos inclusivamente as mulheres que foram sujeitas a hormonoterapia como terapêutica auxiliar não apresentam diferenças significativas em relação às que não foram sujeitas a este tipo de tratamento (Shover, 1991).

Em jeito de conclusão podemos dizer que de um modo geral todos os tratamentos utilizados para o tratamento do cancro da mama, quer seja a cirurgia, ou a quimioterapia, a radioterapia ou mesmo a hormonoterapia vão ter um impacto negativo no funcionamento sexual da mulher, sendo que os factores que contribuem para este problema psicossocial são decorrentes dos próprios efeitos dos tratamentos (Sundquist, 2003).

2.2 Impacto dos tratamentos do cancro da mama na imagem corporal da mulher

Um diagnóstico de cancro da mama apesar de hoje em dia não ser percepcionado como um acontecimento tão traumático, como era há uns anos, continua a ser um marco de um elevado stress e de sofrimento psicológico e físico, uma vez que a mulher vai ter de enfrentar diversos tratamentos e também o risco de vida (Petronis et al 2003; Sebastián, Manos, Bueno e Mateos, 2007).

O conceito de imagem corporal é um constructo que deriva de diferentes dimensões de como o corpo é experienciado (Bredin, 1999), e muitos autores ao longo dos anos tentaram definir este conceito. Uma das definições é a do neurologista Paul Schilder que diz “a imagem do corpo humano significa, a imagem que temos do nosso próprio corpo, a imagem deste, que se forma na nossa cabeça, ou seja, a imagem corporal não é mais que a forma como nós próprios percepcionamos o nosso corpo” (Schilder, 1950, cit. por Bredin, 1999, p. 1115).

Para Tavares (2003), a compreensão do conceito de imagem corporal faz-se através dos significados que o indivíduo tem da imagem mental do seu corpo. A imagem mental não é mais do que a experiência subjectiva de como o mundo num determinado momento afecta o sujeito e obtém-se através dos sentidos e do contacto do indivíduo com o que o rodeia e o influencia, sendo que esta mesma imagem mental é uma experiência pessoal e que possui um padrão mental correspondente.

De acordo com Palhinhas (2000), “a imagem corporal não significa apenas a aparência física. Esta figuração inclui também a integridade corporal, ou seja a percepção do corpo como intacto, completo e funcionando inteiramente” (Ramos e Patrão, 2005, p. 295).

“O tratamento do cancro pode induzir alterações significativas na imagem corporal através da perda de uma parte do corpo, a desfiguração, as cicatrizes e as alterações da pele. (...) Para as mulheres para quem a aparência é muito investida, o diagnóstico e tratamento de cancro da mama têm um grande impacto na imagem corporal e na sexualidade” (Tapadinhas, Palhinhas e Gouveia, 2006, p. 334).

O mesmo tratamento que pode impedir que a mulher morra com um cancro de mama, é despoletador de distúrbios e efeitos secundários, tanto físicos como psicológicos, bem como problemas sexuais e de imagem corporal (Cohen, et al, 1998; Ekwall et al, 2003; Fobair et al, 1986; Nolte et al, 2006, Schag et al, 1994; Van Tulder et al, 1994; Wilmoth, 2001). O tratamento para o cancro da mama pode produzir vários efeitos secundários, que podem ser temporários como permanentes, na aparência da mulher (DeFrank et al, 2007).

É muito comum a percepção negativa da imagem corporal por parte das mulheres com cancro da mama, e pode incluir insatisfação com a aparência, percepção da perda da feminilidade e da integridade corporal, relutância em encarar o seu próprio corpo nu, perda de sentimento de sexualidade, de atractividade e insatisfação com as cicatrizes da cirurgia (Hopwood, 1993; Cohen et al, 1998).

Os efeitos que o tratamento de um cancro da mama causa, provavelmente despoletam uma maior perturbação na imagem corporal e na sexualidade do que os efeitos de outro qualquer tipo de cancro, dado que a parte do corpo que foi destruída é frequentemente entendida como o significado da feminilidade (Apfel et al 1994; Kasper, 1995; Waldman & Eliasof, 1997).

As mulheres, quando confrontadas com um cancro da mama num contexto social, tendem a sobrevalorizar os conceitos da aparência física em detrimento da sua própria auto-identidade e valor pessoal (Katz et al, 1995). Compreensivelmente, pode-se afirmar que as mulheres que valorizam mais a sua aparência física vão ter um maior impacto na imagem corporal e na sexualidade do que as que valorizam menos (Romanek, 2005).

O tipo de cirurgia utilizado no tratamento do cancro da mama é um factor importante a considerar na imagem corporal das mulheres (Avis et al, 2004; Carpenter, 1994; Carver et al, 1998; King et al, 2000; White, 2000). Se até há relativamente pouco tempo o tratamento cirúrgico para o cancro da mama era a mastectomia radical, actualmente o tipo de tratamento, (muito embora este dependa do estágio e tipo de cancro), mais utilizado é a tumorectomia, dado que este tipo de intervenção cirúrgica em muito veio contribuir para um melhoramento da adaptação da mulher à sua nova imagem, e conseqüentemente facilita todo o processo de aceitação da mulher à sua nova imagem corporal, o que por si só vai provocar uma menor desorganização a nível psicológico (Sebastián et al 2007; Romanek et al, 2005; Figueiredo et al, 2004).

Também é muito importante salientar que o tratamento sistemático com quimioterapia ou com radioterapia têm elevadas repercussões na imagem corporal da mulher, na sua libido e na sua fertilidade, (Sebastián, 2003), dado que a perda de cabelo que afecta a maioria das mulheres pode-se relevar extremamente traumática ao nível da imagem corporal (Sebastián et al 2007). Também a menopausa precoce que está associada aos tratamentos de quimioterapia e conseqüentemente a perda da capacidade de engravidar vão afectar a imagem corporal da mulher, uma vez que esta deixa de perceber o seu corpo como funcional (Avis et al 2004; Sebastián et al, 2007).

Contudo apesar das vantagens físicas e psicológicas de uma tumorectomia, diversos estudos (Repetto et al, 1997; Goldberg, 1992) apontam para que mulheres mais velhas optem mais pela mastectomia do que as mulheres mais novas, que se encontram na mesma situação (mesmo tipo e mesmo estágio do cancro da mama). Os autores nos seus estudos identificaram que a tumorectomia era mais frequente em mulheres mais novas (71%) do que quando comparado com mulheres mais velhas (26%), sendo que inclusive a mastectomia radical continuava a ser mais frequente em mulheres mais velhas (34%) quando comparada com mulheres mais novas (9%).

A literatura aponta que para estas diferenças no tipo de tratamento a imagem corporal têm um grande papel e é um dos principais factores decisores a par com os factores de ordem médica (estágio e tipo de cancro). Assim, mulheres mais novas optam muito mais por cirurgias conservadoras por forma a conservarem a melhor imagem corporal possível, a causarem a menor quantidade de danos físicos no seu corpo, e a evitarem a perda da feminilidade (Margolis et al, 1989, McVea, et al, 2001; Morris & Ingham, 1988; Ward et al 1989).

O medo de uma reincidência do cancro vai também desempenhar um papel muito importante na escolha do tipo de tratamento, sendo este medo mais forte do que a imagem corporal na tomada de decisão acerca do tratamento (Romanek et al, 2005).

CAPÍTULO II – PROJECTO DE INVESTIGAÇÃO

1. Objectivos

1.1. Objectivos gerais

Esta investigação tem como objectivo principal analisar o impacto que os tratamentos do cancro da mama, (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), têm na função sexual e na imagem corporal da mulher.

1.2. Objectivos específicos

Para uma melhor compreensão do objectivo principal deste estudo, este irá ser dividido em três objectivos específicos:

- Objectivo 1 – Estudar o impacto dos tratamentos do cancro na função sexual da mulher com cancro da mama.
- Objectivo 2 – Identificar e analisar as variáveis predictoras das dificuldades/disfunções sexuais associadas aos tratamentos do cancro da mama
- Objectivo 3 – Analisar o impacto dos tratamentos do cancro da mama na imagem corporal da mulher.
- Objectivo 4 – Estudar as diferenças do impacto da radioterapia e da hormonoterapia na imagem corporal da mulher.

2. Hipóteses do Estudo

Tendo em conta os objectivos do estudo, acima indicados, formularam-se as seguintes hipóteses:

- Hipótese 1 – Os tratamentos do cancro da mama têm um impacto negativo na função sexual da mulher com cancro.
- Hipótese 2 – A mastectomia e a quimioterapia são mais perturbadores da função sexual das mulheres, do que a radioterapia e a hormonoterapia.

- Hipótese 3 - A quimioterapia é o tratamento mais perturbador da excitação sexual da mulher com cancro de mama.
- Hipótese 4 – A radioterapia e a homeoterapia têm um menor impacto na imagem corporal da mulher com cancro de mama do que a quimioterapia e a mastectomia.

3. Tipo de Estudo

Tendo em conta as necessidades e os objectivos da investigação, optou-se por realizar um estudo:

- a) De carácter quantitativo, uma vez que este tipo de estudo utiliza instrumentos estandardizados e é o mais indicado para este tipo de investigação;
- b) Longitudinal - porque “os estudos observacionais-descritivos longitudinais focam mais de um grupo que no decorrer do tempo serão submetidos a determinados acontecimentos. Os dados são recolhidos em vários momentos do período de estudo.” (Pais-Ribeiro, 1999, p. 42).
- c) Uma análise correlacional - dado que “na investigação correlacional analisam-se as relações entre variáveis sem que se manipulem as variáveis em estudo. Os dados recolhidos expressam as relações entre variáveis tal como elas existem naturalmente.” (Pais-Ribeiro, 1999, p. 60).

4. Variáveis

As variáveis em estudo nesta investigação são:

- a) Variáveis dependentes – Função sexual e imagem corporal;
- b) Variáveis independentes – Tipos de tratamentos para o cancro da mama (mastectomia; quimioterapia; radioterapia; hormonoterapia)
- c) Variáveis sociodemográficas – idade; habilitações literárias; estado civil; profissão e situação profissional; existência de filhos;

5. Sujeitos participantes

A população alvo desta investigação são mulheres que estão a realizar ou que já foram submetidas a tratamentos para o cancro da mama, e que são seguidas nas consultas de cirurgia e cirurgia plástica do Instituto Português de Oncologia de Lisboa (IPO – Lisboa).

A amostra é constituída por 100 mulheres, ou seja, 25 mulheres por cada tipo de tratamento (mastectomia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), que estão a realizar ou que já foram submetidas aos tratamentos do cancro da mama e que são seguidas na consulta de cirurgia ou cirurgia plástica do IPO - Lisboa. Como critério de exclusão para a participação nesta investigação, os investigadores entenderam excluir as mulheres que embora frequentem a consulta de cirurgia e cirurgia plástica do IPO – Lisboa, já haviam sido diagnosticadas com uma disfunção sexual anterior ao diagnóstico do cancro da mama.

6. Caracterização do local de recolha da amostra

O Instituto Português de Oncologia de Lisboa foi criado há 85 anos como sendo um centro oncológico de referência multidisciplinar e voltado para a prestação de serviços de saúde na área da oncologia, abrangendo também as áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e assegurando a continuação da prestação dos correctos e adequados cuidados aos doentes que a ele recorrem. Para conseguir cumprir a sua missão o IPO Lisboa articula directamente com as instituições e demais serviços de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), tendo em conta o Plano Oncológico Nacional e a rede de Referenciação Hospitalar (IPO, 2009).

Para o cumprimento da sua missão O IPO – Lisboa traçou como objectivos: prestar cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, no domínio da oncologia, em tempo adequado, com eficiência e em ambiente humanizado; Intervir na prevenção da doença oncológica; Optimizar a utilização dos recursos disponíveis; Promover a investigação científica e a investigação em cuidados de saúde no domínio da oncologia; Constituir-se como entidade de referência na elaboração de padrões para a prestação de cuidados oncológicos; Constituir-se como centro de referência na implementação do Plano Oncológico Nacional; Integrar a rede de referenciação de oncologia, enquanto plataforma da mais alta diferenciação; Promover o ensino e a formação na área da oncologia, como condição para uma prática excelente;

Promover a intensificação das actividades de registo oncológico; Prosseguir a melhoria contínua da qualidade; Promover o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores através da responsabilização por resultados, instituindo em simultâneo uma política de incentivos à produtividade, ao desempenho e ao mérito; Desenvolver programas de melhoria da eficiência operacional, tendentes a garantir o equilíbrio económico-financeiro. (IPO, 2009).

A consulta de cirurgia pertence ao Serviço de Cirurgia Geral que em 2000 resultou da fusão de dois departamentos de cirurgia existentes. Este serviço está directamente vocacionado para o tratamento de tumores da mama, entre outros. A consulta de cirurgia plástica é outros dos serviços que integram o departamento de cirurgia e está vocacionada com os seus profissionais, para a aplicação de técnicas de cirurgia plástica, reconstrutiva e estéticas, à oncologia. O seu objectivo primordial é o reparar os defeitos causados pela remoção cirúrgica dos tumores (IPO, 2009).

7. Caracterização e descrição dos instrumentos

Nesta investigação a avaliação através de um questionário anónimo e de auto-resposta constituído por:

Questionário de Caracterização Sócio-demográfica

Este questionário será construído pelos investigadores e que terá seis questões sobre a idade; habilitações literárias; estado civil; profissão e situação profissional, e qual o numero de filhos.

Índice de Funcionamento Sexual Feminino (FSFI) (Nobre, 2002)

O Índice de Funcionando Sexual Feminino (FSFI), é um questionário de auto-resposta, criado por Rosen et al em 2000, com a finalidade de avaliar seis diferentes áreas da resposta sexual feminina, nomeadamente o interesse sexual/desejo, a excitação sexual, a lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual a dor sexual (Nobre, 2006).

A validação empírica para a população portuguesa encontra-se actualmente a ser efectuada por Nobre, existindo no entanto uma versão do mesmo autor que é a que vai ser utilizada nesta investigação.

O questionário de adaptação para a população portuguesa é constituído por 20 itens que visam avaliar os mesmos domínios do questionário original, ou seja, interesse sexual/desejo, excitação sexual, lubrificação, o orgasmo, a satisfação sexual a dor sexual (dispareunia) (Nobre, 2006).

É um instrumento de fácil aplicação e com uma elevada capacidade de discriminação da população clínica e não clínica (Rosen et al, 2000).

É um instrumento que embora tenha uma disseminação recente, esta tem sido visível na área da sexualidade feminina, sendo utilizado por diversos especialistas, entre os quais psicólogos.

O FSFI apresenta um coeficiente de confiabilidade teste-reteste elevado para cada uma dos domínios que avalia ($r = 0,79$ a $0,86$) e para a escala total o coeficiente apresentado é de ($r = 0,88$). Apresenta ainda uma consistência interna com um α de Cronbach de $0,82$ (Rosen et al., 2000)

É um instrumento de fácil administração que permite discriminar as populações clínicas e não clínicas, nomeadamente mulheres com e sem perturbação da excitação sexual (Rosen et al, 2000; Meston, 2007)

Escala de Imagem Corporal Como me Relaciono com o Meu Corpo” (Palhinhas, P., Tapadinhas A., & Ribeiro, J., 2000).

A escala de Imagem Corporal “Como me Relaciono com o Meu Corpo” foi validada para a população portuguesa em 2006 por Palhinhas, Tapadinhas e Gouveia com base duas escalas já existentes a Escala de Imagem Corporal Feminina de Gomes, Viana & Firmino (1994, cit. por Tapadinhas, Palhinhas e Gouveia, 2006), e na Body Image Scale (Hopwood, 1993, cit. por Tapadinhas, Palhinhas e Gouveia, 2006) que foi construída para avaliar a imagem corporal de doentes com cancro.

É uma escala que tem como objectivo “avaliar a imagem corporal da mulher de duas formas: o corpo pré-mórbido (isto, é valor atribuído ao corpo no geral, doente ou não) e o corpo mórbido (valor atribuído ao corpo doente)” (Ramos e Patrão, 2005, p. 297).

Neste estudo, e tendo em conta os objectivos do mesmo, os investigadores optaram por utilizar apenas a segunda parte da escala uma vez que é a que mais se adequa às necessidades que se pretendem avaliadas.

A escala” é constituída por 7 itens em que as respostas vão variar entre Não, Um pouco, Moderadamente e Bastante, sendo cotadas com uma correspondência de quatro pontos diferentes: zero, um, dois e três pontos respectivamente (Ramos e Patrão, 2005). A soma das pontuações dos 7 itens dá origem a uma pontuação total que pode variar entre 0 e 21, sendo que uma escala com uma “pontuação total igual a zero representa a inexistência de sintomas e as pontuações mais elevadas indicam a existência de sintomas” (Ramos e Patrão, 2005, p. 297).

A fidelidade da escala total apresenta um α de 0,93 (Hopwood, Fletcher, Lee e Al Ghazal, cit. por Ramos e Patrão, 2005).

8. Procedimento

As 100 mulheres que participaram nesta investigação irão ser seleccionadas do conjunto de pacientes em seguimento nas consultas de cirurgia e cirurgia plástica do Instituto Português de Oncologia de Lisboa, sendo para tal enviada uma carta a solicitar autorização para a realização do estudo à Comissão de Ética do IPO - Lisboa.

Após estar devidamente autorizada pela comissão de ética do IPO - Lisboa a recolha da amostra será efectuada pelo investigador e os dados serão recolhidos em 3 momentos. O primeiro momento é aos 3 meses de tratamento. O segundo momento de recolha de dados será efectuado às mulheres que estão em tratamento há 6 meses. O terceiro e último momento de recolha de dados às mulheres que iniciaram o tratamento há um ano.

A investigação decorre nas instalações do IPO - Lisboa, nomeadamente nas consultas de cirurgia e cirurgia plástica

As mulheres serão convidadas pelo médico especialista a participar na investigação. Será também explicado às mulheres participantes, os objectivos, e as questões de sigilo e confidencialidade, bem como a garantia de que os dados recolhidos serão apenas utilizados nesta investigação e tratados pelo investigador.

Caso aceitem colaborar nesta investigação, e após se terem proporcionado as condições para a realização da mesma, as mulheres, preencherão uma carta de consentimento informado a autorizar a utilização dos seus dados no estudo e responderão a um questionário de caracterização sócio-demográfica, ao “Índice de Funcionamento Sexual Feminino” (FSFI), e à Escala “como me relaciono com o meu corpo” na presença dos investigadores, que esclarecerão qualquer questão que possa surgir. Após o preenchimento dos instrumentos os

mesmos serão colocados num envelope que será fechado pelas participantes para se resguardar a sua confidencialidade.

A revisão bibliográfica que suporta o projecto será efectuada durante as duas últimas semanas do mês de Outubro, durante os meses de Novembro e Dezembro de 2008 e no mês de Janeiro de 2009, simultaneamente, no primeiro dia da terceira semana do mês de Outubro de 2008 os investigadores enviarão uma carta à comissão de do IPO, a solicitar autorização para a realização da investigação e conseqüente acesso às pacientes que nele efectuam ou efectuaram tratamentos para o cancro da mama, ficando a aguardar a resposta na última semana do mês de Outubro e durante todo o mês de Novembro.

A recolha dos dados será efectuada durante os meses de Janeiro, Fevereiro, Março e nas duas primeiras semanas de Abril de 2009, nas instalações do IPO – Lisboa, nomeadamente nos serviços de Cirurgia e Cirurgia Plástica, do referido Instituto, após ter sido devidamente autorizada pela comissão de ética do IPO – Lisboa.

Após a recolha dos dados, estes, serão introduzidos numa base de dados criada pelo investigador para o devido efeito durante as duas últimas semanas de Abril e durante o mês de Maio de 2009 e devidamente trabalhados com o programa SPSS – *Satistical Package for the Social Sciencies*, versão 15. No mês de Junho será elaborado o relatório.

CAPÍTULO III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPITULO III - Considerações Finais

Esta investigação tem como objectivo principal, analisar o impacto que os tratamentos do cancro, (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), têm na função sexual e na imagem corporal da mulher com cancro da mama, nomeadamente estudar o impacto dos tratamentos do cancro na função sexual da mulher com cancro da mama, identificar e analisar as variáveis preditoras das dificuldades/disfunções sexuais associadas aos tratamentos do cancro da mama, analisar o impacto dos tratamentos do cancro da mama na imagem corporal da mulher e estudar as diferenças do impacto da radioterapia e da hormonoterapia na imagem corporal da mulher, em função das variáveis sócio-demográficas.

Para a realização deste estudo, que engloba uma parte teórica e uma parte metodológica, efectuou-se uma revisão da literatura acerca da temática em análise, que visou explicar sobre os diferentes tipos de tratamentos, os seus efeitos e o seu impacto na função sexual e na imagem corporal da mulher com cancro de mama. No que respeita á parte metodológica desta investigação esta é a parte onde se caracteriza todo o projecto de investigação.

Deve-se ainda salientar a importância deste estudo para a Psicologia da Saúde, uma vez que o cancro da mama é actualmente considerado uma das doenças oncológicas com maior incidência e também a principal causa de morte nas mulheres, com idades compreendidas entre os 35 e os 54 anos de idade, sendo que de acordo com diversos estudos, o número de mulheres com a probabilidade de desenvolverem este tipo de tumor, aumentou significativamente nos últimos anos, o que leva a que surja uma necessidade de intervenção que não negligencie numa das áreas da saúde da mulher, nomeadamente a sua saúde sexual, dado que esta é um bom indicador do estado de saúde geral da mulher, contribuindo desta forma para um aumento do bem-estar destas da qualidade de vida das mulheres diagnosticadas, quer durante o tempo de tratamento quer após este ter terminado.

As possíveis limitações deste estudo focam-se essencialmente em duas questões. A primeira é o facto que na maior parte dos casos não há um diagnóstico da existência de uma possível disfunção sexual prévia à data do diagnóstico de cancro da mama. A segunda questão prende-se com o facto de que o artigo da validação empírica para a população portuguesa do instrumento “Índice de Funcionamento Sexual Feminino – FSFI”, ainda se encontra em preparação, tendo por isso sido utilizado nesta investigação uma versão que resulta da tradução do instrumento original.

Deve-se ainda salientar, que este estudo deverá ser encarado como o ponto de partida para futuras investigações nesta área, uma vez que em Portugal é um estudo pioneiro.

CAPÍTULO IV – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Capítulo IV - Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association - APA, (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ananth, H., Jones, L., King, M., Tookman, A. (2003). The Impact of Cancer on Sexual Function: a Controlled Study. *Palliative Medicine*, 17, 202-205.
- Apfel, R., Love, S., Kalinowsky, B., Hansen, B. (1994). Keep a Breast: Women and Breast Cancer in Context. In Mirkin (Ed). *Women in Context: Toward a Feminist Reconstruction of Psychotherapy*, New York: Guilford Press.
- Association of Reproductive Health Professionals - ARHP (2008). What You Need to Know: Female Sexual Response. Consultado em 12 de Janeiro de 2009 através de <http://www.arhp.org>.
- Avis, N., Crawford, S., Manuel, J. (2004). Psychosocial Problems among Younger Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 295-308.
- Bakewell, R. T., Volker, D. L. (2005). Sexual Dysfunction Related to the Treatment of Young Women with Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9, 697 – 702.
- Basson, R. (2000). The Female sexual Response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 51-65.
- Basson, R. (2001a). Women's Sexual Function and Dysfunction: Current Uncertainties, Future Directions. *International Journal of Impotence Research*, 20, 466-478.
- Basson, R. (2001b). Human Sex-Response Cycles. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27, 33-43.
- Basson, R. (2002). Female sexual Dysfunctions – the new models. *British Journal of Diabetes & Vascular Disease*, 2, 267-270
- Basson, R. Brotto, L., Laan, E., Redmond, G., Utian, W. (2005a). Assessment and Management of Women's Sexual Dysfunctions: Problematic Desire and Arousal. *Journal of Sex Medicine*, 2, 291-300
- Basson, R. (2005b). Women's Sexual Dysfunction: Revised and Expanded Definitions. *Canadian Medical Association Journal*, 172 (10), 1327-1333.
- Biazús, V. J., Zucatto, E. A. (2005). *Cirurgia da Mama*. Porto Alegre: Artemed.
- Both, S., Everaerd, W. (2002). Comment on “The Female Sexual Response: A Different Model”. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 28, 11-15.

- Bredin, m. (1999). Mastectomy, Body Image and Therapeutic massage: a Qualitative Study of Women's Experience. *Journal of Advanced Nursing*, 29 (5), 1113- 1120.
- Buerwell, S., Case, D., Kaelin, C., Avis, N. (2006). Sexual Problems in Younger Women after Breast Cancer Surgery. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 2815-2821.
- Cahoon, M. C. (1982). *Enfermagem Oncológica – Manuais de Saúde Enfermagem*. Mem Martins: Publicações Europa-América.
- Cantinelli, F., Camacho, R., Smaltez, O., Gonsales, B., Braguittoni, E., Rennó, J. (2006). A Oncopsiquiatria no Câncer de Mama - Considerações a Respeito de Questões do feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33, 124-133.
- Chivers, M. L. (2005). Leading comment: a brief review and discussion of sex differences in the specificity of sexual arousal. *Sexual and Relationship Therapy*, 20, 377-39.
- Cohen. M., Kahn, D., Steeves, R. (1998). Beyond Body Image: the Experience of Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 25, 835-841.
- Carpenter, J., Brockopp, D. (1994). Evaluation of Self-esteem of Women with Cancer Receiving Chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 21, 751-757.
- DeFrank, J., Bahn, C., Stein, K., Baker, F. (2007). Body Image Dissatisfaction in Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 3, 1-6.
- Direcção Geral de Saúde - DGS. (2003). Guia de Apoio à Mulher com Cancro da Mama. Consultado em 31 de Janeiro de 2009 através de <http://www.dgs.pt/>.
- Duarte, T., Andrade, A. (2003). Enfrentado a Mastectomia: Análise dos Relatos de Mulheres Mastectomizadas sobre Questões Ligadas à Sexualidade. *Estudos de Psicologia*, 8, 155-163.
- Ekwall, E., Ternstedt, B., Sorbe, B. (2003). Important Aspects of Health Care for Women with Gynecologic Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 30, 313-319.
- Figueiredo, M., Cullen, J., Hwang, Y., Rowland, j., Mandelblatt, J., (2004). Breast Cancer Treatment in Older Women: Does Getting What You Want Improve Your Long-Term Body Image and Mental Health?. *Journal of Clinical Oncolog.*, 19, 4002-4009.
- Fisher, B., Carbone, P., Economou, S. (1975). L-PAM in The Management of Primary Breast Cancer: a Report of Early Findings. *New England Journal of Medicine*, 292, 117-122.
- Fobair, P., Hoppe, R., Cox, R., Varghese, A., Spiegel, D. (1986). Psychosocial Problems Among Survivors of Hodgkin's Disease. *Journal of Clinical Oncology*, 4, 805-814.

- Fung, K., Lau, Y., Fielding, R., Or, A., Yip, A., (2001). The Impact of Mastectomy, Breast Conserving Treatment and the Immediate Breast Reconstruction on the Quality of Life of Chinese Women. *ANZ Journal of Surgery*, 71, 202-206.
- Ganz, P., Rowland, J., Desmond, K., Wyatt, G. (1998). Life After Breast Cancer: Understanding Women's Health Related Quality of Life and Sexual Functioning. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 501-514.
- Ganz, P., Greendale, G., Petersen, L. (2003). Breast Cancer in Younger Women: Reproductive and Late Health Effects of Treatment. *Journal of Clinical Oncology*, 21, 4184-4193.
- Geary, D.C. (1998). *Male, Female: the evolution of Human Sex Differences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Goldberg, J., Scott, R., Davidson, P., Murray, G., Stallard, S., George, W. (1992). Psychological Morbidity in the First Year After Breast Surgery. *European Journal of Surgical Oncology*, 18, 327-331.
- Hopwood, P. (1993). The Assessment of Body Image in Cancer Patients. *European Journal of Cancer*, 29A, 276-281.
- Horden, A. (2000). Intimacy and Sexuality for Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 23, 230-236.
- Hughes, M., K. (2008). Alterations of Sexual Function in Women with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 2, 91-101.
- Instituto Português de Oncologia (2009). Consultado em 01 de Maio de 2009 através de <http://www.ipolisboa.min-saude.pt/>.
- Kaplan, H. (1992). A Neglected Issue: The Sexual Side Effects of Current Treatments for Breast Cancer. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 3-19.
- Kasper, A. (1995). The Social Construction of Breast Loss and Reconstruction. *Women's Health*, 1, 197-219.
- Katz, M., Rodin, G., Devins, G. (1995). Self-esteem and Cancer: Theory and Research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 608-615.
- King, M., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J., Boyages, J. (2000). Quality of Life Three Months and One Year After First Treatment for Early Stage Breast Cancer: Influence of Treatment and Patients Characteristics. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 9, 789-800.

- Laan, E., Everaerd, W. & Evers, A. (1995). Assessment of Female Sexual Arousal: Response Specificity and Construct Validity. *Psychophysiology*, 23, 476-485.
- Le Mintier, A. (2006). *Viver Melhor a Quimioterapia* Cruz Quebrada: Casa das Letras.
- Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) (2008). Informação e Prevenção. Consultado em 28 de Janeiro de 2009 através de <http://www.ligacontracancro.pt/>.
- Lim, J., Hoe, A., Wong, C. (1995). Sexuality of Women after Mastectomy. *Ann Academy Medicine of Singapore*, 24, 659-663.
- Margolis, G., Goodman, R., Rubin, A., Pajac, T. (1989). Psychological Factors in the Choice of Treatment for Breast Cancer. *Psychosomatics*, 30, 192-197.
- Mckee, J., Schover, L. (2001). Sexuality Rehabilitation. *Cancer*, 4, 1008-1012.
- McPhail, G., Wilson, S. (2000). Women's Experience of Breast Conserving Treatment for Breast Cancer. *European Journal of Cancer Care*, 9, 144-150.
- McVea, K., Minier, W., Johnson, J. (2001). Low-income Women with Early-stage Breast Cancer: Physician and Patient Decision-making Styles. *Psycho-Oncology*, 10, 137-146.
- Meston, C. M., Buss, D. M. (2007). Why Humans Have Sex. *Archives of Sexual Behavior*, 36, 477-507.
- Meyerowitz, B., E., Desmond, K., A., Rowland, J., H., Wyatt, G., E., Ganz, P. (1999). Sexuality Following Breast Cancer. *Journal of Sex and Matrital Therapy*, 25, 237-250
- Miller, S., Graham, W. (1975). Breast Reconstruction after Radical Mastectomy. *American Pharmacological Physician*, 11, 97-101.
- Mooradian, A., Greiff, V. (1990). Sexuality in Older Women. *Archives of Internaticional Medicine*, 150, 1033-1038.
- Morris, J., Ingham, R. (1988). Choice of Surgery for Early Breast Cancer: Psychosocial Considerations. *Social Science and Medicine*, 27, 1257- 1262.
- National Cancer Institute (NCI). (2009). The Prevalence and Types of Sexual Dysfunction in People With Cancer. Consultado em 02 de Abril de 2009 através de <http://www.cancer.gov/>.
- Nissen-Meyer, B., Kjellgren, K., Malmio, K., Manson, B., (1978). Surgical Adjuvant Chemotherapy: Results with One Short Course with Cyclophosphamide after Mastectomy for Breast Cancer. *Cance.*, 41, 2088-2098.

- Nissen, M. J., Swenson, K., Ritz L., Farrell, J. B., Sladek, M., Lally, R. (2001). Quality of Life After Breast Carcinoma Surgery: a Comparison of Three Surgical Procedures. *Cancer*, 2001. 91, 1238-1246.
- Nobre, P. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Nolte, S., Donnelly, J., Kelly, S., Conley, P., Cobb, R. (2006). A Randomized Clinical Trial of a Videotape intervention for Women with Chemotherapy Induced Alopecia: a Gynecologic Oncologic Group Study. *Oncology Nursing Forum*. 33, 305-311.
- Ogden, J. (2004). *Compreender o Cancro da Mama*. Lisboa: Climepsi.
- Oliver, M.B. & Hyde, J.S. (1993). Gender differences in sexuality: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 29 – 51.
- Oliveira, I. M. (2004). *Vivências da mulher Mastectomizada – Abordagem Fenomenológica da Relação com o Corpo*. Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem Oncológica*. 3ª ed. Loures: Lusociência.
- Overgaard, M., Hansen, P., Overgaard, J., Rose, C., Andersson, M., Bach, F., Kjaer, M., Gadeberg, C., Mouridsen, H., Jenesen, M., Zedeler, K. (1997). Postoperative Radiotherapy in High-Risk Premenopausal Women with Breast Cancer who Received Adjuvant Chemotherapy. *New England Journal of Medicine*, 14, 949-955.
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Parvanova, V., Pandova, W., Garanina, Z. (2001). Conservative Therapy of I and II Stage Breast Cancer: Successful Alternative to Modified Radical Mastectomy. *Vopr Onkol.*, 47, 45-48.
- Petronis, V. M., Carver, C., Antoni, M., Weiss, S. (2003). Investment in Body Image and Psychosocial Well-being Among Women Treated for Early Stage Breast Cancer: Partial Replication and Extension. *Psychology and Health*, 18 (1), 1-13.
- Ramos, A., S., Patrão, I. (2005). Imagem Corporal da Mulher com Cancro de Mama: Impacto na Qualidade do Relacionamento Conjugal e na Satisfação Sexual. *Análise Psicológica*, 3, 295- 304.
- Ragaz, J., Stewart, M., Jackson, Sppinelli, J., Basco, V., Kenneth, S., Knowling, M., Coppin, C., Paradis, M., Coldman, A., Olivotto, I. (1997). Adjuvant Radiotherapy and Chemotherapy in Node-Positive Premenopausal Women with Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 14, 956-962.

- Rebello, V. Rolim, L. Carqueja, E. & Silva Ferreira. (2007). Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Cancro da Mama: Um Estudo Exploratório com 60 Mulheres Portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 8, (1), 13-32.
- Repetto, L., Constantini, M., Campora, E., Amoroso, D., Gianni, W. (1997). A Retrospective Comparison of Detection and Treatment of Breast Cancer in Young and Elderly Patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, 43, 27-31.
- Rogers, M., Kristjanson, L. (2002). The Impact on Sexual Functioning of Chemotherapy Induce Menopause in Women with Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 25. 57-65.
- Romanek, K., McCaul, K., Sandgrem, A. (2005). Ages Differences in Treatment Decision Making for Breast Cancer in a Sample of Healthy Women: the Effects of Body Image and Risk Framing. *Oncology Nursing Forum*, 32, 799-806.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Ferguson, D., D'Agostino JR, R. (2000). Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26, 191-208.
- Schag, C., Ganz, P., Wing, D., Sim, M., Lee, J. (1994). Quality of Life in Adult Survivors of Lung, Colon and Prostate Cancer, *Quality of Life Research*. 3, 127-141.
- Sebastián, J. (2003). Repercusiones Psicosociales de los Tratamientos Oncológicos. In Valentín (ed), *Oncología e Atención Primaria*. Madrid. Novartis.
- Simões, M. S., Carneiro, F. Schmitt, F. Lopes, J. M. (2007). *Cancro – O Essencial da Saúde*. Matosinhos: Quidnovi.
- Schover, L. (1991). The Impact of Breast Cancer on Sexuality, Body Image, and Intimate Relationships. *CA Cancer J. Clin*, 41, 112-120.
- Schover, L. (1994). Sexuality and Body Image in Younger Women with Breast Cancer. *Journal of National Cancer Institute Monograph*, 16. 177-182.
- Schover, L., Yetmam, R., Tuason, L., Meisler, E., Esselstyn, C., Hermann, R., Grundfest-Broniatowski, S., Dowden, R. (1995). Partial Mastectomy and Breast Reconstruction: a Comparison of their Effects on Psychosocial Adjustment, Body Image and Sexuality. *Cancer*, 54-65.
- Sebastián, J., Manos, D., Bueno, M. J., Mateos, N. (2007). Imagen corporal y Autoestima en Mujeres con Cáncer de Mama Participantes en un Programa de Intervención Psicosocial. *Clínica e Salud*, 2 (18), 137-161.

- Sundquist, K., Yee, L. (2003). Sexuality and Body Image after Cancer. *Australian Family Physician*, 32, 19-23.
- Talhaferro, B., Lemos, S., Oliveira, E. (2007). *Mastectomia e as suas Consequências na Vida da Mulher*. *Arquivo de Ciências da Saúde*, 14, 17-22.
- Tapadinhas, A., Palhinhas, P., 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 de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA Edições.
- Tavares, M., Cunha, F. (2003). *Imagem Corporal: Conceito e Desenvolvimento*. São Paulo: Manoele.
- Taylor, S., Lichtman, R., Wood, J., Bluming, A., Dosik, G., Leibowitz, R. (1985). Illness-related Factors in Psychological Adjustment to Breast Cancer. *Cancer*, 55, 2506-2513.
- Van Tulder, M., Aaronson, N., Bruning, P. (2001). The Quality of Life of Long-term Survivors of Hodgkin’s Disease. *Annals of Oncology*, 5, 153-158.
- Veronesi, U., Cascinelli, N., Mariani, L., Greco, M., Sacozi, R., Luini, A., Aguilar, M., Marubini, E. (2002). Twenty Year Follow-up of a Randomized Study Comparing Breast Conserving Surgery with Radical Mastectomy for Early Breast Cancer. *New England Journal of Medicine*, 347. 1227-1232.
- Waldman, T., Eliasof, B. (1997). Cancer. In Sipski (Ed). *Sexual Functioning in People with Disability and Chronic Illness: a Health Professional’s Guide*. Gaithersburg: Aspen Publishers.
- Ward, S., Heidrich, S., Wolberg, W. (1989). Factors Women Take into Account when deciding Upon Type of Surgery for Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 12, 344. 351.
- White, C. (200). Body Image Dimensions and Cancer: a Heuristic Cognitive Behavioral Model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.
- Wilmoth, M., C. (2001). The aftermath of Breast Cancer: an Altered Sexual Self. *Cancer Nursing*, 24, 278-286.
- Yurek, D., Farrar, W., Andersen, B. (2000). Breast Cancer Surgery: Comparing Surgical Groups and Determining Differences in postoperative Sexuality and Body Changes Stress. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 68. 697-709.

CAPÍTULO V - ANEXOS

ANEXO A – Resposta Sexual Feminina

Resposta Sexual Feminina

Diversos estudos, (Geary, 1998; Laan, E., Everaerd, W. & Evers, A. 1995; Oliver, M. B; Hyde, J. S. 1993), comprovam a existência de diferenças substanciais entre a sexualidade masculina e a sexualidade feminina, em termos físicos, psicológicos e em termos de excitação sexual relativamente ao estímulo sexual, o que leva a concluir que as relações sexuais das mulheres e os seus padrões de excitação sexual são menos lineares que nos homens (Chivers, 2005).

Assim para as mulheres a motivação para uma actividade sexual não depende exclusivamente da exposição a um estímulo sexual, mas também das respostas cognitivas e afectivas que esse determinado estímulo lhe sexual provoca (Chivers, 2005).

1.1 Modelos Explicativos da Resposta Sexual Humana

1.1.1 Modelo Linear de Masters & Johnson e Actualização de Kaplan

No seu livro *Human Sexual Response* (1966), Masters & Johnson, propuseram um modelo explicativo da resposta humana – o modelo linear que é um modelo unissexo que não considerava diferenças entre homens e mulheres. De acordo com os autores a resposta sexual humana assentava em quatro fases: a fase a excitação, a fase do planalto, a fase do orgasmo e a fase da resolução (ARHP, 2008). Em 1979 Kaplan acrescentou ao modelo linear de Masters & Johnson o conceito de desejo sexual, e resumiu o modelo em três fases: a fase de desejo, a fase de excitação e a fase do orgasmo (APA, 2002; ARHP, 2008).

A Fase do Desejo “consiste em fantasias acerca da actividade sexual e no desejo de actividade sexual” (APA, 2002, p. 535). A Fase da Excitação “consiste numa sensação subjectiva de prazer sexual acompanhada por modificações fisiológicas correspondentes. (...) As principais alterações na mulher consistem na congestão da região pélvica, lubrificação e expansão vaginal e na intumescência dos órgãos vaginais externos” (APA, 2002, p. 534). A Fase do Orgasmo “O Orgasmo consiste num pico de prazer sexual, acompanhado da libertação da tensão sexual e da concentração rítmica dos músculos do períneo e dos órgãos

reprodutores. (...) Na mulher ocorrem contracções da parede do terço externo da vagina (nem sempre sentidas como tais). Em ambos os sexos o esfíncter anal contrai-se ritmicamente” (APA, 2002, p. 534). Contudo este modelo linear tem sido contestado nas últimas décadas por diversas razões tais como o assumir que tanto homens como mulheres têm uma resposta sexual similar, e que as mulheres não avançam progressiva e linearmente na sua resposta sexual através das fases propostas pelo modelo, dado que este modelo não contempla as experiências biológicas e psicológicas do indivíduo (ARHP, 2008).

Basson (2000), refere, que o Modelo Linear de Masters & Johnson e Kaplan foi o primeiro passo para o estudo da sexualidade em homens e mulheres, resumindo no seu artigo *Female Sexual Dysfunctions – the new models* (2002b), as críticas ao modelo de Masters e Johnson:

- 1) A motivação sexual feminina é complexa. Inclui, mas não se limita, ao desejo sexual inato. Compreende elementos que se articulam para o indivíduo ser sexual versus factores que lhe casam hesitação. Esses elementos podem ser inatos ou programados;
- 2) Para a mulher ser mais íntima com o seu parceiro tem que haver uma motivação e uma prática comum;
- 3) Quando a motivação sexual não está primordialmente associada com a necessidade sexual inata são necessários estímulos sexuais para a mulher enfrentar uma qualquer resposta;
- 4) Por vezes o contexto é mais importante para a mulher que o estímulo propriamente dito;
- 5) Os estímulos e o contexto poderão ser ou não ser processados pela consciência subjectiva da excitação sexual, sendo assim importante o conceito de estimulação;
- 6) A excitação poderá ocorrer antes do desejo sexual;
- 7) A excitação poder ser usufruída ou disfórica podendo então a mulher a partir das dissociações por fim ao estímulo;
- 8) Quando a mulher sente prazer na excitação, e caso os estímulos e a mente continua focalizados e nem os pensamentos nem as emoções negativas vêm á superfície, a intensidade desta excitação aumenta de tal forma que se forma um querer sexual inerente, ou seja forma-se o acesso ao desejo sexual;

- 9) O desenvolvimento ou o acesso ao desejo sexual é experienciado em simultâneo com a excitação sexual;
- 10) Um resultado físico e emocionalmente positivo cumpre dois objectivos ou motivações:
 - O desejo inicial de estar emocionalmente mais próxima do seu parceiro;
 - A necessidade de a mulher aceder à satisfação sexual;
- 11) A satisfação sexual não implica sempre a existência de orgasmo, sendo que para algumas mulheres este factor é verdadeiro;
- 12) O poder que está por detrás de uma intimidade baseada no ciclo não é uma entidade constante. A experiencia sexual pode reforça-lo ou enfraquecê-lo, tal como o podem fazer os factores interpessoais de ordem não sexual.

1.1.2 Modelo de Resposta Sexual Feminina de Rosemary Basson

Como resposta ao modelo linear de Masters & Johnson e Kaplan, Rosemary Basson elaborou um modelo explicativo da resposta sexual feminina. O modelo proposto pela autora incorpora a intimidade emocional, a estimulação sexual e a satisfação no relacionamento (Basson, 2001, cit. ARHP, 2008). A necessidade da elaboração de um novo modelo assenta em quatro aspectos da sexualidade feminina. O primeiro aspecto é que a resposta sexual feminina é diferente da resposta sexual masculina (e esta diferença não é enfatizada no modelo linear de Masters & Johnson e Kaplan), sendo que a resposta sexual masculina é mais influenciada pela testosterona (Bancroft, 1998, cit. por Basson, 2000), enquanto, que as mulheres não têm uma tão elevada urgência biológica de serem sexuais para libertarem a tensão sexual. O segundo aspecto evidencia a motivação para um experiência sexual que deriva de um conjunto de recompensas e que poderão não ser exclusivamente de natureza sexual, sendo que estas recompensas poderão inclusive ser mais importantes que as necessidades biológicas da mulher. O terceiro aspecto refere-se à excitação que segundo Basson poderá ser uma excitação subjectiva, que pode não ser acompanhada de uma consciencialização das reacções fisiológicas, nomeadamente da vasocongestão genital ou de outras manifestações não genitais, mas que decorrem da excitação. O quarto e último aspecto

diz respeito à libertação do orgasmo, que poderá não ocorrer, e quando ocorre poderá ser experienciado de diversas formas. (Basson, 2000).

De acordo com este novo modelo proposto por Basson o funcionamento sexual feminino é mais complexo do que o masculino e também poderá ser afectado problemas psicossociais, como por exemplo a satisfação com o relacionamento conjugal, a percepção auto-imagem, experiencias sexuais anteriores percebidas como negativas.

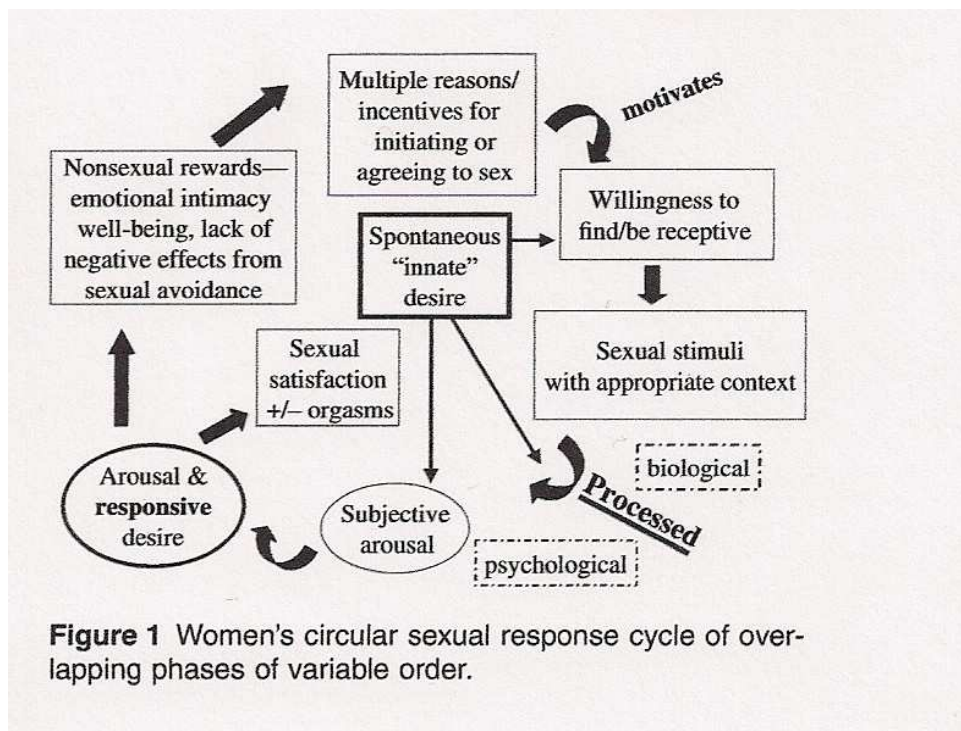


Figure 1 Women's circular sexual response cycle of overlapping phases of variable order.

Figura 1 – Modelo circular da resposta sexual feminina (adaptado de Basson et al, 2005, p. 292).

O modelo de resposta sexual feminina proposto por Rosemary Basson (fig. 1), é um modelo circular em que as fases são variáveis e coincidentes e que permite tanto á mulher como aos clínicos identificar as possíveis fraquezas e interrupções no ciclo de modo (Basson, 2001, cit. por Basson, 2008) a um possível diagnóstico de disfunção. Segundo este modelo de resposta sexual com este modelo a atenção da mulher para uma apropriada estimulação sexual e a sua capacidade para se focar no momento vão encorajar a sua excitação subjectiva, sendo que essa excitação subjectiva é variável e está correlacionada com a imediata congestão genital reflexa. De acordo com Basson, (2008), este complexo estado de excitação com excitação mental e várias respostas s físicas é mais acompanhado de emoções e pensamentos positivos do que de desejo sexual, enquanto a futura excitação é experienciada. A mulher pode não ter necessidade de sentir um orgasmo para se sentir satisfeita sexualmente. Uma

elevada excitação permite á mulher manter-se receptiva a mais estímulos eróticos, que anteriormente havia rejeitado, fazendo assim com que mais estímulos eróticos permitam uma maior excitação.

Também as experiencias sexuais anteriores percebidas como positivas potenciam uma maior motivação para “ser sexual”, acrescentando a mulher estes factos assim às razões que lhe permitem perante um estímulo passar de um estado de neutralidade sexual a um estado de excitação. Esta sobreposição de variáveis e sequência circular do modelo permite prever e conhecer a comorbilidade das disfunções (Basson, 2008, p. 468).

Para Basson, as mulheres têm muitas razões para se dedicarem a um actividade sexual, sendo que a maioria das mulheres quando numa relação emocional longa não pensa tão frequentemente em ter relações sexuais como forma de libertar a tensão sexual, mas mais como um desejo de manter a proximidade e intimidade emocional do casal, contudo este modelo também refere que quando no inicio de um novo relacionamento a resposta sexual feminina segue o ciclo de desejo, excitação, orgasmo e resolução tal como este é descrito pelo modelo tradicional do ciclo da resposta sexual humana” (Both & Everaerd, 2002).

De acordo com Basson, (2000), quando uma mulher tem oportunidade de ser sexual, sente necessidade de um parceiro, ou percebe potenciais recompensas que são importantes, e que podem não ser necessariamente sexuais as mulheres passam de uma neutralidade sexual para a procura de estímulos que despoletem o desejo sexual, sendo que este desejo sexual é então vivido como uma vontade para obter sensações sexuais em seu próprio interesse e benefício e poderá também envolver um desejo espontâneo de experiência sexual e de excitação sexual, meramente físico, bem como de libertação da tensão sexual.

Quando uma mulher procura a estimulação sexual e esta resulta na excitação e simultaneamente na experiência do desejo responsivo “as vantagens da proximidade emocional e do bem-estar do parceiro são factores motivacionais que activam o ciclo da resposta nas próximas vezes. Por vezes estes factores motivacionais são acompanhados por uma necessidade sexual física” (Both & Everaerd, 2002, p. 12).

1.2. Factores que Causam a Disfunção Sexual Feminina

O modelo da resposta sexual feminina proposto por Basson, (2000), salienta a importância da mulher conseguir ficar subjectivamente excitada, contudo existem factores de

ordem psicológica, pessoal e contextual, biológica que podem influenciar negativamente esta excitação sexual (Basson, 2005, p. 1329).

a) Factores Interpessoais e Contextuais

Um estudo realizado nos Estados Unidos da América a uma amostra de mulheres com idades compreendidas entre os 20 e os 65 anos (Bancroft et al 2003, cit. por Basson, 2005, p. 1329) concluiu que a relação emocional que estas mulheres tinham com os seus parceiros durante a actividade sexual e o bem-estar emocional geral são dois fortes preditores da ausência de angústia em relação ao sexo. Outros factores de natureza contextual são referidos como precipitantes da redução da excitação e incluem as preocupações acerca da segurança como por exemplo o risco de uma gravidez não desejada, risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis e segurança emocional e física, bem como a convivência ou a privacidade, ou então que o próprio contexto da situação é insuficientemente erótico, ou mesmo que a altura do dia já não é propícia (Basson, 2005, p. 1329).

b) Factores Psicológicos

Com bastante frequência a excitação feminina é impedida pelos acontecimentos da vida diária, mas por vezes também por acontecimentos de natureza sexual como o não conseguir ficar suficientemente excitada, o não conseguir atingir o orgasmo, a disfunção de ejaculação do parceiro (Basson, 2005. 1329). Também o medo de ser conotada como infértil e experiencias negativas do passado ou até a inexperiência ou sentimentos de vergonha ou de embaraço em relação ao acto sexual podem contribuir para que a mulher não se sinta plenamente excitada (Basson, Brotto et al, 2005, p. 292).

Hartmann et al, (2002, cit. por Basson, 2005, p.1329), no seu estudo sobre o desejo sexual feminino demonstraram que existe uma elevada correlação entre uma fraca auto-imagem, uma instabilidade de humor e alguma tendência para preocupação e ansiedade e a perturbação do desejo sexual.

A excitação sexual e o orgasmo especialmente quando na presença de um parceiro implica uma certa vulnerabilidade que muitas vezes se torna impossível de alcançar para mulheres que não tolerem a perda do controlo da situação, nem das reacções corporais (Basson, 2005, p. 1329).

Assim pode-se afirmar que “inúmeros factores psicológicos podem impedir uma pessoa de se sentir excitada, bloqueando assim os sinais neurológicos genitais e outras

respostas somáticas de excitação. Estes factores podem incluir distrações não sexuais, sentir-se inapta ou sub normalizada, ou recordar-se de experiencias sexuais negativas anteriores” (Basson, 2001b, p. 35).

c) Factores Biológicos

Só muito recentemente os factores biológicos que podem causar disfunções sexuais femininas foram alvo de uma maior atenção, sendo que em parte esta atenção se deveu ao facto de muitos fármacos poderem provocar efeitos secundários no que respeita às disfunções sexuais (Basson, 2005, p. 1329). Kennedy et al, (1999, cit. por Basson, 2005, p. 1329), no seu estudo sobre a disfunção sexual antes da terapia por antidepressivos na depressão *major* concluíram que 50% das 79 mulheres estudadas referiram um decréscimo na conduta sexual, 50% referiram dificuldades na lubrificação vaginal e 50% referiram diminuição da excitação quando iniciavam a actividade sexual, e apenas 50% tinham sido sexualmente activas no mês anterior ao início do tratamento, o que leva a concluir que a depressão está fortemente associada com a redução da função sexual (Basson, 2005, p. 1329)., contudo também existem evidências que a disfunção sexual pode ser uma contra-indicação no tratamento da depressão com antidepressivo, especialmente nos pacientes que reportem fracos níveis de prazer sexual antes da depressão (Clayton, 2002, cit. por Basson, 2005, p. 1330).

A importância e o papel da testosterona nas disfunções sexuais femininas está a ser estudado, uma vez que cerca de metade de produção diária de testosterona na mulher é feita pelo ovário. Algumas mulheres com uma perda súbita de andrógenos ovarianos perdem a sua excitação sexual (Basson, 2005, p. 1330).

1.3 Disfunções Sexuais Femininas

De acordo com a APA (2002) “ uma disfunção sexual caracteriza-se por uma perturbação nos processos que caracterizam o ciclo de resposta sexual ou dor associada à relação sexual” (APA, 2002, p. 535). A classificação de diagnóstico, proposta pela APA é baseada no modelo de resposta sexual de Masters & Johnson e Kaplan ou seja segundo este modelo o ciclo de resposta sexual têm quatro fases: a fase do desejo; a fase da excitação; a fase do orgasmo e a fase da resolução.

As Disfunções Sexuais Femininas integram as Perturbações do Desejo Sexual (Desejo Sexual Hipoactivo; Aversão Sexual); as Perturbações da Excitação Sexual (Perturbação da Excitação Sexual na Mulher); as Perturbações do Orgasmo (Perturbação do Orgasmo na Mulher) e as Perturbações de Dor Sexual (Dispareunia e o Vaginismo) (APA, 2002)

Assim a Perturbação do Desejo Sexual Hipoactivo “consiste numa deficiência ou ausência de fantasias sexuais e desejo de actividade sexual. A perturbação deve causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal. (...) o baixo desejo sexual pode ser global e envolver todas as formas de expressão sexual, ou pode ser situacional e limitado a um parceiro ou a uma actividade sexual específica (por exemplo relações sexuais, mas não masturbação). Existe pouca motivação para procurar estímulos e a frustração, quando privado da oportunidade da expressão sexual é reduzida. O sujeito habitualmente não inicia actividade sexual ou pode apenas envolver-se nela com relutância quando ela é iniciada pelo parceiro. Se bem que a frequência de experiencias sexuais seja habitualmente baixa a pressão do parceiro ou necessidades não sexuais (por exemplo, para conforto físico ou intimidade) pode aumentar a frequência dos encontros sexuais” (APA, 2002, p. 539).

A Aversão Sexual “consiste na aversão e evitamento activo do contacto genital com um parceiro sexual. A perturbação deve causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal. (...). O sujeito relata ansiedade, medo ou nojo quando confrontado com uma oportunidade sexual com um parceiro. A aversão ao contacto genital pode ser focada num aspecto particular da experiencia sexual (por exemplo, secreções genitais, penetração vaginal). Alguns sujeitos sentem uma aversão generalizada a todos os estímulos sexuais, incluindo beijar e tocar. A intensidade da reacção do sujeito quando exposto aos estímulos aversivos pode variar de ansiedade moderada e ausência de prazer a mal-estar psicológico extremo” (APA, 2002, p. 541).

A Perturbação da Excitação Sexual na Mulher “consiste numa incapacidade persistente ou recorrente para atingir ou manter até completar a actividade sexual, uma adequada resposta na lubrificação e entumescimento da excitação sexual. A resposta de excitação consiste em vasocongestão da pélvis, expansão e lubrificação vaginal e entumescimento dos genitais externos. A perturbação tem de causar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal. A disfunção (...) não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (incluindo medicamentos) ou a um estado físico geral” (APA, 2002, p. 543).

A Perturbação do Orgasmo na Mulher “ consiste num atraso persistente ou recorrente ou ausência de orgasmo a seguir a uma fase de excitação sexual normal. As mulheres exibem uma enorme variabilidade do tipo ou intensidade de estimulação que desencadeia o orgasmo. O diagnóstico de Disfunção do Orgasmo na Mulher deve basear-se no juízo clínico de que a capacidade do orgasmo na mulher é menor do que seria razoável para a sua idade, experiência sexual e adequação da estimulação sexual que ela recebe. A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (...) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de substâncias (incluindo medicação) ou a um estado físico geral” (APA, 2002, p. 547).

A Dispareunia “consiste numa dor genital associada à actividade sexual. Se bem que surja mais habitualmente durante o coito, pode também decorrer antes ou depois da actividade sexual. (...). Nas mulheres, a dor pode ser descrita como superficial durante a penetração, ou como profunda durante os movimentos do pénis. A intensidade dos sintomas pode variar desde ligeiro desconforto até dor aguda. A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade interpessoal (...) e não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos directos de uma substância (por exemplo uma droga de abuso ou medicação) ou a um estado físico geral” (APA, 2002, p. 554).

O Vaginismo “consiste numa contracção involuntária recorrente ou persistente dos músculos perineais que envolvem o terço externo da vagina, quando se tenta a penetração vaginal com o pénis, dedo, tampão ou espécuro. A perturbação tem de provocar acentuado mal-estar ou dificuldade de interpessoal (...). Nalgumas mulheres até a antecipação da introdução vaginal pode resultar em espasmo. A contracção pode variar de ligeira, induzindo algum aperto e desconforto, a grave, impedindo a penetração” (APA, 2002, p. 556).

ANEXO B - Cronograma

Anexo C - Instruções de preenchimento dos instrumentos

O objectivo do presente estudo de investigação é a recolha de dados para a realização da dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde, de **Maria João Fonseca**, para a obtenção do curso de **Mestrado em Psicologia da Saúde**.

Este estudo não se destina a qualquer tipo e avaliação individual, mas sim a analisar o impacto que os tratamentos do cancro, têm na função sexual e na imagem corporal da mulher com cancro da mama, bem como avaliar as diferenças que os vários tipos de tratamentos têm na função sexual e na imagem corporal da mulher com cancro de mama.

A confidencialidade e o anonimato das participantes são garantidos e assegurados pelo investigador

Solicitamos a sua colaboração e **agradecemos que responda a todas as perguntas com a máxima sinceridade, escolhendo a (as) opção (opções) que melhor representam o seu caso pessoal.**

Não existem respostas certas, nem respostas erradas, todas as respostas são válidas.

Ao participar nesta investigação está a contribuir para o desenvolvimento e para a melhoria das condições de saúde das mulheres.

Obrigada

Instruções de preenchimento

1. As páginas que se seguem contêm vários testes que foram devidamente elaborados por investigadores da área da saúde.
2. Algumas frases poderão parecer pouco habituais, a necessidade da sua colocação neste trabalho de investigação deve-se ao facto de retratarem diferentes realidades.
3. **Por favor responda a todas as questões não deixando nenhuma em branco.**
4. **Não existem respostas certas nem erradas. Todas as respostas são válidas.**
5. Não existe tempo limite para preencher este questionário. Contudo pede-se que seja o mais breve possível.
6. **Os resultados são confidenciais e serão apenas utilizados e trabalhos pelas investigadoras, não existindo assim forma de identificar nenhuma das participantes.**

Por favor, seja o mais sincero possível nas suas respostas

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D – Carta de consentimiento informado

Carta de consentimento informado

Eu, _____
concordo em participar no projecto de investigação conduzido por Maria João Fonseca, e que do curso de Mestrado em Psicologia da Saúde, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA).

Aceito responder ao questionário de caracterização sócio-demográfica, ao Índice de Funcionamento Sexual Feminino, e à escala “Como me relaciono com o meu corpo”, de forma totalmente voluntária, tendo a total garantia que caso recuse participar na investigação, esta recusa em nada influenciará o meu tratamento médico e psicológico que está a decorrer no IPO Lisboa.

Compreendo que caso os resultados desta investigação sejam publicados, a minha identidade será mantida em total confidencialidade, e que apenas serão publicados os resultados estatísticos correspondentes ao grupo.

Em qualquer altura que entenda, posso mudar de ideias e cessar a minha participação nesta investigação.

Autorizo as investigadoras a terem acesso à minha informação clínica contida nos registos medidos existentes no IPO Lisboa.

O facto de datar e assinar este documento, serve para indicar que li e compreendi toda a informação nele contida.

Caso assim o deseje posso solicitar uma cópia deste documento.

Assinatura: _____

Data: _____

ANEXO E – Questionário de caracterização sócio-demográfico

Questionário sócio-demográfico

Estes dados são confidenciais. Não escreva o seu nome nem qualquer outra identificação assinale a opção que melhor representa o seu caso.

1. Idade ____ anos

2. **Habilitações Literárias:**

1º Ciclo (até ao 4º ano) ____

2º Ciclo (do 5º ano ao 9º ano) ____

Ensino secundário (10º ano ao 12º ano) ____

Frequência de ensino superior ____

Licenciatura ____

Mestrado ____

Doutoramento ____

3. **Estado Civil:**

Solteira ____

Casada/ União de facto ____

Divorciada / Separada ____

Viúva ____

No caso de ser Casada:

Duração do casamento ____ anos

No caso de ser Solteira/Divorciada/Separada/Viúva

Mantém actualmente uma relação de compromisso:

Sim ____

Não, mas tenho um parceiro sexual ____

Não, e não tenho nenhum parceiro sexual ____

4. Tem filhos

Sim ____

Não ____

Se sim, quantos _____

5. Tipo de tratamento do cancro da mama (dado que na maioria dos casos se usa uma terapêutica combinada, por favor assinale as opções que correspondem ao seu caso, mesmo sendo mais do que uma)

Mastectomia radical ____

Tumorectomia ____

Quimioterapia ____

Radioterapia ____

Hormonoterapia ____

6. Há quanto tempo se encontra em tratamento? _____ **meses**

ANEXO F – Índice de Funcionamento Sexual Feminino

**ÍNDICE DE FUNCIONAMENTO SEXUAL FEMININO (FSFI; Rosen et al., 2000;
tradução e adaptação de Pedro Nobre, 2002)**

Coloque uma cruz na resposta que mais se adequa à sua situação tendo em conta as **últimas quatro semanas**.

1. Com que frequência sentiu desejo ou interesse sexual?

- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

2. Como classifica o seu nível de desejo ou interesse sexual?

- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

3. Com que frequência se sentiu sexualmente excitada durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

4.

Como classifica o seu nível (grau) de excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

5. Qual a sua confiança em conseguir excitar-se durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Confiança muito elevada
- Confiança elevada
- Confiança moderada
- Confiança baixa
- Confiança muito baixa/nenhuma

6. Com que frequência se sentiu satisfeita com a sua excitação sexual durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

7. Com que frequência ficou lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

8. Qual a dificuldade que teve em ficar lubrificada (molhada) durante qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

9. Com que frequência manteve a sua lubrificação até ao fim da actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempe
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

10. Qual a dificuldade que teve em manter a sua lubrificação até ao fim de qualquer actividade ou relação sexual?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

11. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, com que frequência atingiu o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Quase sempre/sempre
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

12. Quando teve estimulação sexual ou relações sexuais, qual a dificuldade que teve para atingir o orgasmo (clímax)?

- Não tive actividade sexual
- Extremamente difícil ou impossível
- Muito difícil
- Difícil
- Ligeiramente difícil
- Nenhuma dificuldade

13. Qual foi o seu nível de satisfação com a sua capacidade para atingir o orgasmo (clímax) durante qualquer actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

14. Qual foi o seu nível de satisfação com o grau de proximidade emocional entre si e o seu parceiro durante a actividade sexual?

- Não tive actividade sexual
- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

15. Qual foi o seu nível de satisfação com o relacionamento sexual que mantém com o seu parceiro?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeita

16. Qual o seu nível de satisfação com a sua vida sexual em geral?

- Muito satisfeita
- Moderadamente satisfeita
- Igualmente satisfeita e insatisfeita
- Moderadamente insatisfeita
- Muito insatisfeito

17. Com que frequência sentiu dor ou desconforto durante a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

18. Com que frequência sentiu dor ou desconforto após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

19. Como classifica o seu nível de dor ou desconforto durante ou após a penetração vaginal?

- Não tentei ter relações sexuais
- Muito elevado
- Elevado
- Moderado
- Baixo
- Muito baixo/nenhum

20. Com que frequência a contracção dos músculos da sua vagina dificultou ou impediu a penetração do pénis durante qualquer relação sexual?

- Não tentei ter relações sexuais
- Quase sempre/sempr
- A maior parte das vezes (mais de metade das vezes)
- Algumas vezes (cerca de metade das vezes)
- Poucas vezes (menos de metade das vezes)
- Quase nunca/nunca

ANEXO G – Escala “Como me Relaciono com o Meu Corpo”

Como me relaciono com o meu corpo, Palhinhas, P., Tapadinhas A., & Ribeiro, J. (2000)

Este questionário pretende saber como valoriza o corpo e a sua aparência. Leia cuidadosamente cada um dos itens e coloque uma cruz na linha cuja resposta vai ao encontro daquilo que sente.

Tendo em conta o processo de mudança resultante da sua doença e/ou tratamento, em que medida se identifica com as seguintes afirmações:

	Não	Um pouco	Moderadamente	Bastante
1. Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência.	-----	-----	-----	-----
2. Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.	-----	-----	-----	-----
3. Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da minha doença e/ou tratamento.	-----	-----	-----	-----
4. Considero que tem sido difícil olhar para mim quando estou nua.	-----	-----	-----	-----
5. Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.	-----	-----	-----	-----
6. Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto.	-----	-----	-----	-----
7. Tenho-me sentido insatisfeita com a aparência da minha cicatriz.	-----	-----	-----	-----

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo H – Carta à Comissão de Ética do IPO Lisboa

Maria João Vilar Fonseca
Rua Vice Almirante Augusto
Castro Guedes, n.º 19, 2º Esq.
1800-340 Lisboa
Telf – 967081846

Exmo. Sr.
Presidente da Comissão de Ética do Instituto
Português de Oncologia de Lisboa

Eu, Maria João Vilar Fonseca, aluna finalista do Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA), venho por este meio solicitar a Vossa Excelência, a colaboração do Instituto Português de Oncologia de Lisboa para a realização de uma investigação subordinada ao tema “Cancro da Mama: Impacto dos tratamentos na função sexual e na imagem corporal da mulher”, que se enquadra no âmbito do actual plano curricular da referida instituição académica para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde.

O objectivo desta investigação é analisar o impacto que os tratamentos do cancro (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia) têm na função sexual e na imagem corporal da mulher com cancro da mama.

A pertinência desta investigação prende-se com o facto de que durante um tratamento de um carcinoma da mama a saúde sexual ser uma área bastante negligenciado pelos clínicos e pelos protocolos de tratamentos, tornando-se assim importante o desenvolvimento deste tipo de investigações, com a finalidade de melhor poder intervir com as mulheres com cancro de mama.

Face ao acima exposto, solicito a vossa excelência autorização para o acesso às pacientes das consultas de cirurgia e cirurgia plástica que estão ou que foram submetidas a tratamentos para o cancro da mama, para o preenchimento de 3 questionários (questionário sócio – demográfico; o Índice de Funcionamento Sexual Feminino e a Escala Como me Relaciono com o Meu Corpo”), que não deverá exceder 30 minutos.

Solicito ainda, a Vossa Excelência, o acesso a uma sala para que possa providenciar necessária privacidade e confidencialidade no preenchimento dos questionários por parte das mulheres participantes desta investigação.

Sem mais assunto,

Com os melhores cumprimentos

Maria João Vilar Fonseca