



A MULHER E A SEXUALIDADE: UM ESTUDO COM DOENTES COM
CANCRO DA MAMA

ALICE ERMELINDA DA FONSECA MARTINHO PATRÍCIO

Orientador de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA IVONE PATRÃO

Co-Orientador de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA ANA ROSA TAPADINHAS

Coordenador do Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA IVONE PATRÃO

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2011

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação da Professora Doutora Ivone Patrão e co-orientação da Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica, conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da República 2ª série de 26 de Setembro de 2006.

AGRADECIMENTOS

À minha filha, Mafalda e ao meu marido, Fernando, que souberam compensar a minha menor disponibilidade, durante estes cinco anos, demonstrando maior orgulho e confiança em mim, o que também me incentivou em mais uma aventura académica.

Aos meus pais, em descanso algures neste Universo...

RESUMO

Esta investigação teve como objectivo principal avaliar as implicações dos tratamentos para o cancro da mama, na imagem corporal, na intimidade e na satisfação sexual da mulher, designadamente, a pressão que tal possa exercer na própria e na relação com o(a) parceiro(a). Para o efeito obteve-se uma amostra com 53 mulheres, com média de idade de 49,6 anos, anónimas, entre utentes e voluntárias da Delegação de Lisboa do Movimento Vencer e Viver, entre utentes da Equipa de Ligação do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, no âmbito de três eventos desportivos (“Corrida da Mulher”), realizados no Porto, em Lisboa e em Oeiras e por contacto directo ou indirecto. Todas estas mulheres foram elegíveis e seleccionadas por conveniência. O protocolo de investigação foi composto por: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo” (Palhinhas et al. 2000), Escala da Intimidade Emocional (Sinclair, 2005, traduzida por Tapadinhas et al. 2011), Escala da Intimidade Física e Sexual (Tapadinhas et al. 2011) e Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres (Meston & Trapnell, 2005, traduzida por Tapadinhas & Refoios, 2011). Dados os resultados, o corpo continua a ser percebido como importante na relação entre parceiros, apesar das alterações físicas, a maioria destas mulheres procuram disfarçar aspectos do corpo que não lhes agrada e ao nível da intimidade e da sexualidade, os tratamentos para o cancro da mama implicaram maior inibição em relação à aparência, à feminilidade, à forma como percebem a sua atractividade sexual e à relação com o parceiro, apesar de a maioria destes aceitar a (nova) mulher, independentemente da doença. A Idade, Duração do Relacionamento Afectivo / Sexual, e duração dos tratamentos por Quimioterapia e por Radioterapia revelaram-se variáveis não independentes, sobretudo da Satisfação Sexual. Em conclusão, este estudo revelou que a maior parte destas mulheres passou a perceber e a adaptar-se a alterações na sua sexualidade, decorrentes dos tratamentos para o cancro da mama.

Palavras – Chave: Imagem corporal, sexualidade, intimidade, cancro da mama.

ABSTRACT

The main aim of this investigation was to evaluate the breast cancer treatments implications on the corporal image and self-image, intimacy and on sexual satisfaction among women, namely, the pressure that can exist for the woman herself and for the relationship with partners. Concerning this purpose, we got a sample of 53 women with an average age of 49,6 years old, anonymous, patients and volunteers in the Lisbon delegation of the Movimento Vencer e Viver from the Liga Portuguesa Contra o Cancro, patients with breast cancer who follow psychotherapy sessions in the Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental. In these samples all women were eligible and selected in a convenience way. We also got respondents from the women who participated in “The Women’s Race”, three sportive events which took place in Oporto, Lisbon and Oeiras and we selected others from direct and indirect contacts. The investigation registry was composed by: Social-Demographic and Clinical Questionnaire, Corporal Image Scale “How do I relate with my own body” (Palhinhas et al. 2000), Emotional Intimacy Scale (Sinclair, 2005, translated by Tapadinhas et al. 2011), Sexual and Physical Intimacy Scale (Tapadinhas et al. 2011) and Sexual Satisfaction Among Women Scale (Meston & Trapnell, 2005, translated by Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M., 2011). The results have showed that the body is still perceived as important in the relationship between partners in spite of the physical changes, that mostly women try to disguise corporal aspects which don’t like and as concerns to intimacy and sexuality, the breast cancer treatments conduct to more inhibition towards the self-image, the femininity, the way they perceive their sexual attractiveness, the relation with the partner despite most of the partners accept the (new) woman besides the illness. The age, the affective and sexual relationship duration, the duration of chemotherapy and / or radiotherapy were non-independent variables related to Sexual Satisfaction. The study has concluded that mostly women have perceived and have been adapted to sexual changes because of the breast cancer treatments.

Key – Words: Corporal image, sexuality, intimacy, breast cancer.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1. Alpha de Cronbach de cada uma das escalas utilizadas
- Tabela 2. Dados descritivos sócio-demográficos e clínicos
- Tabela 3. Análise da relação entre as escalas e as subescalas
- Tabela 4. Associação entre Imagem Corporal, Intimidade e Satisfação Sexual e os Escalões Etários
- Tabela 5. Análise da relação entre as escalas, subescalas e dados sócio-demográficos e clínicos – variáveis quantitativas
- Tabela 6. Análise da relação entre as escalas, subescalas e dados sócio-demográficos e clínicos

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
MÉTODO	4
- Tipo de Estudo	4
- Amostra	5
- Material	6
- Procedimento	7
RESULTADOS	10
DISCUSSAO	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
BIBLIOGRAFIA	31
ANEXOS	35
- Materiais - Protocolo de Avaliação	36
- Outputs Estatísticos	45
- Consentimento Informado	82
- Revisão Teórica dos Conceitos Chave	84

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004 cit. Direcção Geral de Saúde, 2004) as doenças oncológicas constituem a terceira principal causa de morte a nível mundial, depois das doenças cardiovasculares e das doenças infecciosas. Em Portugal, o cancro é uma das doenças mortais de maior incidência, sendo o cancro da mama a causa de morte, por cancro, mais comum entre as mulheres (DGS, 2004). Na sequência dos dados epidemiológicos referentes ao nosso país e ao resto do mundo ocidental, das limitações a nível físico, psicológico e social, das repercussões emocionais e interpessoais e do respectivo tratamento, as doenças oncológicas passaram a ser consideradas um dos principais problemas de saúde do século XXI e em particular o cancro da mama passou a ser uma das prioridades do Plano Nacional de Saúde em vigor (DGS, 2004).

Em termos psicológicos, Ogden (2004) considera que as mulheres com esta doença podem atravessar as fases de choque (incredibilidade, negação), de angústia aguda (sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade, desamparo, desespero), de procura de significado, de procura de mestria e de melhoria da auto-estima.

O cancro de mama é uma patologia que, além do estigma associado à doença em si, pode provocar sofrimento físico e psicológico, por exemplo, devido à cirurgia de amputação de um órgão que simboliza a feminilidade, a maternidade e a sexualidade – ainda que, com a vulgarização da quimioterapia, da hormonoterapia e da radioterapia a cirurgia deixou de ser a única terapia para o tratamento do cancro, passando a recorrer-se a um tratamento de substituição da intervenção cirúrgica, ou a uma terapia multidisciplinar visando uma melhor qualidade de vida e aumentando as taxas de cura (Gimenes & Favero, 2000).

Neste processo de tratamento, muitas mulheres passam por vários lutos causados pela alteração da imagem corporal, pelas conseqüentes limitações da cirurgia e pelos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonais (Maluf, Mori & Barros, 2005). É comum a mulher vivenciar tristeza e baixa auto-estima devido à mutilação deste órgão visível e /ou aos efeitos secundários dos tratamentos.

A definição de imagem corporal envolve elementos perceptivos e atitudinais (Cash, 2002). A dimensão atitudinal inclui a avaliação e satisfação com o corpo, assim como as crenças que os indivíduos têm relativamente à aparência. Esta componente cognitiva relaciona-se com o investimento que as pessoas fazem na aparência, ou seja, com a importância cognitiva,

comportamental e emocional que atribuem à imagem corporal (Nazaré, Moreira & Canavarro, 2010).

O impacto negativo da imagem corporal em mulheres com cancro da mama, em fase de tratamento e de pós-tratamento, está associado a um comprometimento da vida sexual, a um eventual receio de passarem a ser menos desejadas sexualmente e menos atractivas fisicamente, de experienciarem satisfação sexual com menor intensidade, de não se exporem intimamente, por sentimentos de inferioridade e de rejeição, de perda narcísica e por cognitivamente se percepcionarem como não intactas, não completas e não funcionando completamente (Palhinhas, 2000 cit. Ramos & Patrão, 2005), o que constitui um factor agravante na auto-imagem e no auto-conceito da mulher.

Assim, na cultura ocidental, os estados de perturbação relacionados com a imagem corporal podem interferir com o funcionamento psicossocial, com repercussões na identidade, na confiança, no humor, na auto-estima, na sexualidade, na auto-satisfação, na qualidade de vida. Logo, o efeito dos tratamentos do cancro da mama na vida da mulher podem resultar numa série de reacções como percepcionar o seu corpo desfigurado, a diminuição ou perda de actividade sexual, a angústia, o receio e a alteração no comportamento. Uma vez que a imagem corporal é construída a partir de comparações internas do self, deste com os outros e com o contexto cultural, o que frequentemente se verifica na clínica é que a mulher passa a percepcionar-se como sexualmente incompleta, mutilada.

A disfunção sexual em doentes com cancro da mama está relacionada com variáveis emocionais e físicas, sendo que cada mulher experiencia o problema de forma particular (Takahashi et al., 2008). Algumas mulheres poderão sentir a sua auto-imagem alterada por ficarem fisicamente desfiguradas com a mastectomia e menos capazes de se sentirem sexualmente estimuladas sem a sensação de toque no mamilo. Outras, a partir dos efeitos da quimioterapia, vivenciam alterações hormonais com a indução da menopausa e consequente infertilidade, além de que os efeitos temporários da quimioterapia (alopecia, náuseas, vómitos, fadiga) contribuem para inibir o desejo sexual. Por outro lado, os tratamentos por radiação poderão originar dermatites e fadiga, o que também condicionará a intimidade da mulher (Kneece, 2003, 2004 cit. Takahashi et al., 2008). Prevalente nestes estados de doença, nos tratamentos e entre mulheres mais jovens, mais vulneráveis às alterações na função dos ovários e à imagem corporal após a cirurgia é ainda a diminuição da lubrificação vaginal, penetração mais dolorosa e maior dificuldade em se atingir o orgasmo (Biglia et al. 2010).

Um estudo de Dizon (2009) refere que a disfunção sexual afecta 90% das mulheres com cancro da mama, nos E.U.A. e alguns relatos sugerem que quase todas estas mulheres experienciam queixas a nível sexual, após os tratamentos – embora estes factos permaneçam negligenciados na vida da sobrevivente ao cancro da mama (Dizon, 2009). Contudo, este autor também admite que a disfunção sexual possa ser um sinal de depressão severa ou de ansiedade, condicionantes psicológicas que muitas vezes se posicionam a montante ou a juzante da doença orgânica.

Logo, frequentemente, sentimentos de inadequação sexual, de funcionalidade alterada, diminuição da libido, de perda de intimidade sexual com o(a) parceiro(a), surgem após o diagnóstico de cancro da mama e persistem até o tratamento estar concluído (Huber, Ramnarace & McCaffrey, 2006). Segundo This e Lachowsky (2008), a sexualidade é o conjunto de afectos, fantasmas e comportamentos em ligação com o corpo do outro e / ou com o próprio corpo. Sendo a sexualidade um dos aspectos da qualidade de vida e uma parte integrante da vida humana está presente em todas as interações e contextos, está relacionada com o nosso bem-estar e com a nossa vivência enquanto seres sexuais - logo, a sexualidade não pode ser separada do estado de saúde e bem-estar do ser humano e é parte do auto-conceito (Sheppard, Appl Sc & Ely., 2008). A vulnerabilidade a um maior disfuncionamento sexual e a sentimentos de inadequação sexual poder-se-á relacionar com um auto-conceito sexual negativo após a cirurgia, quimioterapia, radioterapia ou tratamentos hormonais. Importará também saber se tal disfuncionamento sexual pode ameaçar a integridade do relacionamento entre parceiros, acabando por limitar este suporte que também é social.

Com efeito, a sexualidade ultrapassa o âmbito dos genitais para se incluir no domínio bio-psico-social, sendo que no caso das doentes com cancro da mama as alterações biológicas referem-se aos distúrbios hormonais, ao medo, à diminuição da lubrificação vaginal devido aos tratamentos aplicados. Já os aspectos psicológicos dizem respeito à representação da imagem corporal (manifestação cognitiva) a partir do estado de doença e em caso extremo, da amputação de uma ou das duas mamas com as consequentes repercussões na atracção sexual, na feminilidade, na maternidade, na desejabilidade. Aliás, em saúde, as significações identificam-se com as experiências psicológicas, como as pessoas vivem os estados de saúde e os estados de doença, ou seja, tem a ver com tudo o que é subjectivo / próprio daquela pessoa. Na ligação psicossocial importa-nos atender à percepção da doente face à atitude do(a) parceiro(a), à satisfação sexual na relação conjugal / com o(a) parceiro(a) e a qualidade

desta relação enquanto determinante no estabelecimento de outras relações interpessoais e na auto-confiança face a aspectos da doença (Garrusi & Faezee, 2008). Com efeito, esta abordagem psicossocial, ao não ser estritamente individual, envolve a mulher e o grupo em que está integrada, que por sua vez, a influencia. Ou seja, dever-se-ão considerar (conjuntamente) os significados psicológicos associados, em função do estilo de vida, da fase do ciclo de vida em que se encontra, das expectativas, do grupo social, da cultura. As pessoas processam a informação de acordo com as suas crenças e experiências anteriores, de acordo com um processo adaptativo, de construção do EU, de construção da própria identidade. Também se considerou relevante testar a influência a nível sócio-económico relacionando-se esta variável com as significações na imagem corporal, intimidade e satisfação sexual.

Com a presente proposta de investigação pretende-se responder à questão sobre qual a implicação das intervenções cirúrgicas e de outros tratamentos para o cancro da mama, na imagem corporal, na intimidade e na satisfação sexual da mulher. Considerando esta questão de investigação e com base nas características descritivas sócio – demográficas e clínicas formulou-se como objectivo geral avaliar estas variáveis indicadas e no âmbito dos objectivos específicos, conhecer as percepções da mulher com cancro da mama, ao nível da satisfação e da intimidade sexual, analisar a relação entre satisfação sexual e auto-imagem corporal e analisar tais implicações na relação com a própria, com o(a) parceiro(a) e na relação bidireccional entre parceiro(a) / doente. De acrescentar que a justificação e pertinência deste estudo identificar-se-á com a sua oportunidade, na medida em que actualmente, as mulheres com esta doença crónica conseguem ter uma longevidade maior e vivenciar melhor qualidade de vida do que há anos atrás, pelo que importa investigar a sexualidade em doentes com cancro da mama e assim se contribuir para colmatar esta falta em estudos anteriores, designadamente no nosso país, além de se poder contribuir para a sensibilização dos técnicos de saúde sobre a necessária informação e acompanhamento desta vertente da vida das mulheres com cancro da mama e seus parceiros.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Considerando o objectivo geral desta investigação, o tipo de estudo proposto é descritivo,

transversal e correlacional, tendo presentes as variáveis satisfação sexual, intimidade sexual e imagem corporal (V.I.) e cancro da mama (V.D.). Para este estudo experimental recorreu-se também a variáveis de controlo como sejam as demográficas e sociais e as clínicas.

Amostra

A amostra para este estudo foi constituída por um *N* de 53 mulheres com idade média de 49,6 anos (intervalo etário compreendido entre os 25 e os 85 anos), com experiência de cancro da mama, em fase de tratamento ou pós – tratamento. A amostra não foi objecto de qualquer tipo de incentivo ou remuneração para motivar a participação no estudo.

O critério de selecção da amostra foi não probabilístico de tipo sequencial, no caso das mulheres que participam nas sessões de psicoterapia individual ou em grupo, no DPSM / CHLO e para as utentes e voluntárias da Liga Portuguesa Contra o Cancro / Delegação de Lisboa do Movimento Vencer e Viver, em que todas as mulheres foram elegíveis para participar no estudo. Para a recolha de dados entre as restantes participantes seleccionou-se a amostra por conveniência, de acordo com as características homogéneas da população em função das variáveis em estudo nesta investigação.

Pretendeu-se que todas as mulheres respondessem de forma indiferenciada pelo seu estado civil, escolaridade, estatuto sócio-económico e situação face ao emprego. Da história clínica considerou-se aquelas que concluíram tratamento por quimioterapia há mais de 6 meses de modo a também permitir avaliar se entretanto houve reprodução após o diagnóstico do cancro. Entre as 53 participantes, todas são heterossexuais e 50 (94,3%) vivenciam actualmente relacionamento afectivo / sexual, sendo que destas, 36 têm compromisso e 17 não têm compromisso. Do total das participantes, 48 (90,6%) têm filhos, sendo que destas, 3 tiveram filhos após a intervenção cirúrgica ao cancro da mama. Relativamente a aspectos sócio-económicos, a maioria concluiu o ensino secundário e superior (respectivamente, 32,1% e 26,4%) e estão activas face ao emprego (60,4%). No que se refere às variáveis de controlo clínicas, os tratamentos incluíram cirurgia (mastectomia numa mama 56,6%, tumorectomia numa mama 30,2%, mastectomia nas duas mamas 9,4%, tumorectomia nas duas mamas 1,9%); quimioterapia (81,1%); radioterapia (88,7%); tratamento hormonal (84,9%); outro tratamento não especificado (5,7%).

Material

Os instrumentos utilizados neste estudo foram:

- Questionário Sócio-Demográfico e Clínico construído por Patrício, Patrão & Tapadinhas (2011). Este instrumento, anónimo, permitirá a recolha de informação para a caracterização da amostra. Contém questões como idade; habilitações literárias; existência de relacionamento afectivo; tipo de relacionamento afectivo; duração do relacionamento afectivo; existência de filhos; situação face ao emprego; história clínica relativa ao cancro da mama.
- Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo” construída por Palhinhas, Tapadinhas & Ribeiro (2000), com base na Escala de Imagem Corporal (Gomes, Viena & Firmino) e na Body Image Scale (Hopwood, Fletcher, Lee & Ghazal). Este instrumento pretende avaliar a imagem corporal da mulher, nomeadamente o valor atribuído ao corpo no geral (pré-mórbido) e ao corpo doente (mórbido). As respostas são obtidas através de uma escala tipo Lickert, cotada em ordem crescente de 1 a 4 (de “Não Concordo” a “Concordo Bastante”) numa primeira parte (sub-escala do Conceito do Corpo) e de 4 a 1 (de “Não Concordo” a “Concordo Bastante”) numa segunda parte (sub-escala da Percepção do Corpo Doente). Cada uma destas duas partes é constituída por 7 itens. Quanto melhor for a relação com a imagem corporal mais elevado será o score final da Escala. De acordo com a análise factorial a adequação da amostra foi testada com base no teste Kaiser – Meyer – Olkin (KMO) com valores superiores ao indicado de 0,60 para cada uma das duas subescalas (respectivamente, 0,73 e 0,74).
- Escala da Intimidade Emocional (EIS), construída por Sinclair (2005) e traduzida por Tapadinhas, Refoios & Mesquita (2011). Este instrumento pretende aceder à intimidade emocional num relacionamento íntimo, mais na perspectiva do apoio percebido do que do apoio recebido e foca-se na avaliação da qualidade da intimidade emocional na relação próxima – que permite a partilha de sentimentos pessoais, de expectativas de compreensão, de afirmação e de demonstração de carinho. As respostas aos 5 itens que a constituem são obtidas através de uma escala de Lickert, numa ordem crescente de 1 a 5 (de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”).
- Escala da Intimidade Física e Sexual (EIFS), construída por Tapadinhas & Refoios (2011). Este instrumento é composto por 37 itens cujas respostas, numa ordem crescente de 0 a 8 (de “Nunca” a “Mais de uma vez por dia”) avaliam a frequência temporal da intimidade física e sexual do sujeito e do sujeito com o parceiro, nos últimos 6 meses.

- Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres (SSS-W), construída por Meston & Trapnell (2005) e traduzida por Tapadinhas & Refoios (2011). Este instrumento prevê a distinção entre os componentes pessoal e relacional na satisfação sexual nas mulheres com base em 5 factores ou subescalas (2 relacionais e 3 pessoais) segundo a seguinte ordem de apresentação: Satisfação / Contentamento (6 itens), Comunicação (6 itens), Compatibilidade (6 itens), Aspectos da Relação (6 itens) e Aspectos Pessoais (6 itens). As respostas aos 30 itens serão obtidas através de uma escala de Lickert, numa ordem crescente de 1 a 5 (de “Discordo Completamente” a “Concordo Completamente”, exceptuando a resposta ao item 6 que é dada entre “Completamente Satisfeita” a “Nada satisfeita”).

Tabela 1. Alpha de Cronbach de cada uma das escalas utilizadas

Escalas	Alpha Cronbach
Imagem Corporal	0,68
Intimidade Emocional	0,92
Intimidade Física e Sexual	0,97
Satisfação Sexual nas Mulheres	0,80

Procedimento

No primeiro momento deste trabalho, entre Outubro de 2010 e Março de 2011, procedeu-se à respectiva realização da revisão da literatura, com recurso à EBSCO, disponibilizada pelo Centro de Documentação do ISPA – através das bases de dados PsycINFO, PsycARTICLES, Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA), Academic Search Complete e Psychology & Behavioral Sciences Collection - entre os anos de 2005 e 2011, considerando-se que há seis anos se produziu uma quantidade considerável de artigos sobre as variáveis em estudo e a sua relação com o cancro da mama, que ainda são reportados em estudos mais actuais. Simultaneamente esta pesquisa foi também realizada através do motor de busca da Google. Para a recolha bibliográfica de suporte utilizaram-se as palavras – chave “cancro da mama”, “breast cancer”, “auto-imagem”, “self-image”, “imagem corporal”, “body image”, “sexualidade”, “sexuality”, “satisfação sexual”, “sexual satisfaction”, “intimidade sexual”, “sexual intimacy”.

A partir de Fevereiro de 2011 procedeu-se, simultaneamente, ao delineamento da investigação

e à selecção dos instrumentos mais adequados para alcançar os objectivos definidos. Foi nesta altura elaborado o Questionário Sócio-Demográfico e Clínico tendo em consideração as variáveis que importavam conhecer para caracterizar a amostra do estudo.

Igualmente a partir de Fevereiro de 2011 e até final de Junho de 2011 procedeu-se à recolha da amostra, em que foi solicitada a participação voluntária, através do contacto directo, no local de estágio académico da autora desta investigação (Equipa de Ligação do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de S. Francisco Xavier / Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental), quer entre as participantes com cancro da mama na terapia de grupo, quer entre as participantes em terapia individual; entre utentes e voluntárias da Liga Portuguesa Contra o Cancro / Delegação de Lisboa do Movimento Vencer e Viver; através de contacto directo ou indirecto, por via de conhecimento de casos concretos e no âmbito de três eventos desportivos (“Corrida da Mulher”), realizados em momentos diferentes, no Porto, em Lisboa e em Oeiras. De realçar que esta recolha foi mais morosa e menos participativa do que se previa, dado o tema do estudo não propiciar uma total disponibilidade para a resposta por parte de potenciais participantes, que geralmente o consideram intrusivo, sobretudo no que se refere às questões da intimidade física e sexual e da satisfação sexual. Apesar dos contactos facilitados através de conhecimentos pessoais e de outros estabelecidos com instituições de apoio a doentes oncológicos, com encaminhamento de consentimento informado (em anexo), muitos sequer manifestaram disponibilidade em responder ao pedido.

Dos 70 protocolos entregues pessoalmente, além dos que ficaram disponibilizados em e-mail de instituições contactadas, foram recebidas 53 respostas, representando uma taxa de 66,3% relativamente ao previsto, que seria 80 protocolos respondidos. Três destas participantes não tinham parceiro sexual, no momento, pelo que não tiveram condições de preencher a Escala da Intimidade Emocional, a Escala da Intimidade Física e Sexual e só uma delas preencheu alguns itens da Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres.

Não foram colocadas quaisquer restrições relativamente à idade, estado civil e modalidades de tratamento.

A recolha de dados que pôs em prática este projecto de investigação iniciou-se com informação sobre o objecto de estudo e a garantia de confidencialidade, privacidade e anonimato das respostas, além de que não resultaria quaisquer danos físicos ou psíquicos para as participantes incluídas. Estas foram ainda informadas de que os dados obtidos só serviriam para fins de investigação. A todas as participantes foi pedido que respondessem de forma

espontânea e sincera e o preenchimento do total dos instrumentos de avaliação (5) teve uma duração média de 20 minutos para cada participante.

A ordem de apresentação do protocolo foi igual para todas as participantes na amostra, iniciando-se com o Questionário Sócio – Demográfico e Clínico seguido da Escala da Imagem Corporal, da Escala da Intimidade Emocional, da Escala da Intimidade Física e Sexual e por último, da Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres. Maioritariamente, a aplicação dos questionários decorreu pessoalmente e sob supervisão das respostas de auto-preenchimento, pela investigadora, no sentido de esclarecer alguma dúvida de interpretação ou para confirmar se as participantes estariam a assinalar as respostas correctamente, sem no entanto intimidar nem induzir qualquer resposta – nos casos em que essa supervisão não ocorreu, deveu-se ao facto de algumas respostas terem sido dadas por e-mail e ao número de respondentes, em simultâneo, nos eventos desportivos, não permitir um controlo tão eficaz.

Posteriormente, os dados recolhidos foram introduzidos em base de dados, que serve unicamente para efeito desta investigação, com a ajuda do programa *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows*, na versão IBM SPSS Statistics 19, Agosto de 2010.

Para determinar quais os procedimentos estatísticos a utilizar considerou-se a estatística paramétrica seguida dos cálculos estatísticos necessários de acordo com os objectivos a testar. A descrição dos dados é feita através de escalas nominais e de escala de intervalos.

Adoptou-se a estatística descritiva para a análise dos dados do Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, assim como para relevar características obtidas através das respostas e alterações de frequência nos restantes instrumentos do protocolo: Escala da Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo”, Escala da Intimidade Emocional, Escala da Intimidade Física e Sexual, Escala da Satisfação Sexual na Mulher. Seguidamente, adoptou-se uma correlação entre variáveis, para aferir diferenças entre as médias, concretamente, o Coeficiente de Correlação de Pearson, medindo a relação linear entre variáveis quantitativas, ao nível da intensidade e do sentido (directo ou inverso / positivo ou negativo) da associação e o Coeficiente *Eta*, para medir a associação entre dados qualitativos e quantitativos, independentemente das alterações relativamente ao sentido.

Foram aferidos os sentimentos de pertença, os resultados enquanto preditores do estado psicológico e a relação entre instrumentos do protocolo e respectivos itens, da seguinte forma:

- Questionário Sócio-Demográfico e Clínico: com os itens “Duração do relacionamento afectivo / sexual” e os referentes á situação clínica (duração da quimioterapia, duração da

radioterapia, tipo de intervenção cirúrgica e se em uma ou nas duas mamas);

- Escala da Imagem Corporal: sobre as estratégias adaptativas pessoais, ao nível das duas subescalas que constituem este instrumento de avaliação sobre a imagem corporal, nomeadamente no que se refere aos itens 6a e 7a e aos itens 1b, 2b, 3b e 5b;

- Escala da Intimidade Emocional: informações relativamente à proximidade e interdependência entre parceiros, a partir da partilha de sentimentos pessoais, de expectativas de compreensão, de expectativas de afirmação, de demonstração de carinho;

- Escala da Intimidade Física e Sexual: identificação de correlações positivas e negativas;

- Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres: pretendeu-se aferir como informação as médias por cada uma das subescalas, a relação entre a satisfação sexual nestas mulheres e os níveis de funcionamento sexual, a preocupação para com a satisfação do parceiro e para com o relacionamento vs preocupação para com o próprio prazer sexual da mulher e relacionar estes dados com os retirados dos itens “Idade”, “Existência de relacionamento afectivo / sexual” e se “Com compromisso / Sem compromisso”, “Duração da relação”, “Nível sócio-económico”, “Situação clínica” e “Se alguma vez recorreu a acompanhamento psicológico”.

As significâncias relativamente à percepção da mulher com cancro da mama, ao nível da satisfação e intimidade sexual e no que diz respeito à relação entre satisfação sexual e auto-imagem corporal foram avaliadas com o teste Coeficiente de Correlação de Pearson. As implicações de tais percepções e associação na relação com a própria doente, com o parceiro e na relação bidireccional entre parceiro / doente foram igualmente avaliadas com o teste Coeficiente de Correlação de Pearson e com o teste Coeficiente *Eta*.

RESULTADOS

Seguidamente apresentar-se-ão os resultados em secções, fragmentando-se assim a informação para facilitar a leitura, considerando os objectivos do estudo.

Dados sócio-demográficos e clínicos

Neste estudo foram utilizados os dados relativos às 53 respondentes, de acordo com o intervalo de idades estabelecido (entre os 25 e os 85 anos), dividido por escalões etários

(menos de 35 anos; 36 – 45 anos; 46 – 55 anos; 56 – 65 anos; mais de 66anos) e a condição de as mulheres estarem em fase de tratamento ou pós-tratamento do cancro da mama. A média de idades reporta aos 49,6 anos.

Conforme se pode observar na Tabela 2 e através dos outputs descritivos, em anexo, mais de metade concluiu o ensino secundário ou superior (58,5%) e são profissionalmente activas (60,4%). A maioria mantém actualmente relacionamento afectivo e sexual (94,3%) e tem filhos (90,6%). Clinicamente observou-se que só uma participante não foi intervencionada cirurgicamente (1,9%), sendo que 56,6% foram mastectomizadas a uma mama, 30,2% fizeram tumorectomia a uma mama, 9,4% mastectomia às duas mamas e 1,9% tumorectomia às duas mamas. Relativamente a outros tratamentos, 81,1% foram submetidas a quimioterapia, 88,7% a radioterapia e 84,9% a tratamento hormonal. 94,3% não realizou outro tipo de tratamento. No que diz respeito à vivência de outro acontecimento stressante para além desta doença, 56,6% responderam negativamente e 62,3% nunca teve acompanhamento psicológico. De salientar ainda que 5,7% destas mulheres também foram mães após o tratamento.

Tabela 2. Dados descritivos sócio-demográficos e clínicos

	%
Escolaridade inferior a 4 anos	1,9
1º ciclo E. Básico	9,4
2º ciclo E. Básico	11,3
3º ciclo E. Básico	18,9
Ensino secundário	32,1
Ensino Superior	26,4
Com existência actual de relacionamento afectivo/sexual	94,3
Tem filhos	90,6
Situação face ao emprego - Activa	60,4
Foram submetidas Quimioterapia	81,1
Foram submetidas a Radioterapia	88,7
Foram submetidas a Tratamento Hormonal	84,9
Realização de outro tratamento.	5,7
Não teve intervenção cirúrgica	1,9
Tumorectomia a uma Mama	30,2
Tumorectomia a duas Mamas	1,9
Mastectomia a uma Mama	56,6
Mastectomia às duas Mamas	9,4
Teve filhos após intervenção cirúrgica.	5,7
Não vivenciou outro acontecimento stressante na sua vida.	56,6
Não teve acompanhamento Psicológico.	62,3

Análise dos resultados sobre a Imagem Corporal

Ao nível da primeira subescala, Conceito do Corpo (o corpo em geral, pré-mórbido), observou-se que a grande maioria das mulheres da amostra tem uma reacção positiva a 6 dos 7 itens que compõem a subescala, ao concordar bastante com o facto de procurar disfarçar aspectos do seu corpo que não lhe agradam e que o corpo é importante na relação entre o homem e a mulher (respectivamente, 73,6% e 71,7%). Mais de metade refere também concordar bastante que o corpo é uma expressão do “ser feminina” (62,3%) e que valoriza a imagem do seu corpo (56,6%), além de concordar moderadamente que olha com agrado para o seu corpo (67,9%) e que (moderadamente) se sente capaz de afirmar que gosta do seu corpo

(58,5%). O item “O meu parceiro gosta do meu corpo” foi aquele que não revelou uma reacção positiva, dado que o total das 50 respostas não atingiram pelo menos metade das considerações afirmativas, ficando-se por um máximo de 47,2% na avaliação “Concordo bastante”.

No que se refere à segunda subescala deste instrumento, Percepção do Corpo Doente (o corpo mórbido), observou-se que mais de metade das respondentes não concorda que se sinta menos feminina como resultado da sua doença e/ou tratamento, nem que se sinta insatisfeita com a aparência da sua cicatriz (respectivamente, 54,7% e 52,8%). Os restantes cinco itens desta subescala ficaram aquém da metade de respostas afirmativas, considerando-se que, ainda assim, as percentagens mais altas concentram-se, maioritariamente, nas avaliações “Não Concordo” e “Concordo Pouco”, conforme se pode observar nos respectivos outputs descritivos, em anexo.

Ainda de acordo com os outputs da estatística descritiva, em anexo, pode verificar-se que entre as 53 participantes, a media mais elevada na escala Lickert de resposta referentes à primeira parte deste instrumento (Conceito do Corpo) situa-se no item “O corpo é importante na relação entre o homem e a mulher” (M: 3,68; DP: 0,547; Mínimo=2; Máximo=4). Já a media mais elevada na escala Lickert de resposta referentes a primeira parte deste instrumento (Percepção do Corpo Doente) situa-se exequo nos itens “Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento” (M: 2,23; DP: 1,086; Mínimo=1; Máximo=4) e “Sinto que a doença e/ou tratamento deixou o meu corpo incompleto” (M: 2,23; DP: 1,137; Mínimo=1; Máximo=4).

Numa análise inferencial destaca-se relações de sentido directo e de intensidade alta entre os itens “Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência” / “Sinto-me menos atraente fisicamente como resultado da minha doença e/ou tratamento” ($r= 0,784$); “Tenho-me sentido menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento” / “Tenho-me sentido menos feminina como resultado minha doença e/ou tratamento” ($r= 0,780$); “Tenho-me sentido menos feminina como resultado minha doença e/ou tratamento” / “Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento” ($r= 0,726$).

Observam-se também relações de sentido directo mas de intensidade moderada entre os itens “Tenho-me sentido menos atraente fisicamente como resultado minha doença e/ou tratamento” / “Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha

doença e/ou tratamento” ($r= 0,698$); “Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência” / “Tenho-me sentido menos feminina como resultado minha doença e/ou tratamento” ($r= 0, 626$); “Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência” / “Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento” ($r= 0,625$); “Valorizo a imagem do meu corpo” / “Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam” ($r= 0,582$).

Por seu turno, destacam-se relações de intensidade moderada, mas de sentido inverso entre “Valorizo a imagem do meu corpo” / “Tenho-me sentido menos atraente fisicamente como resultado minha doença e/ou tratamento” ($r= -0,500$), o que neste caso significa que quanto mais valorizam a própria imagem corporal, menos se sentem fisicamente atraentes em consequência do cancro da mama e/ou dos efeitos do(s) respectivo(s) tratamento(s); “Valorizo a imagem do meu corpo” / “Tenho-me sentido inibida em relação a minha aparência” ($r= -0,451$), significando aqui que o recurso a estratégias de coping pode funcionar em algumas mulheres, uma vez que para estes casos quanto mais valorizam a própria imagem corporal, menos inibidas se sentem em relação à própria aparência.

Análise dos resultados sobre a Intimidade

Intimidade Emocional

Embora as médias de respostas distribuídas pelos vários itens na escala de Lickert, não variem significativamente entre si, a mais elevada na escala de resposta situa-se no item “Esta pessoa aceita-me completamente tal como sou” (M: 4,48; SD: 0,677; Mínimo=2; Máximo=5).

Em termos de resultados descritivos, saliente-se que 52,8% destas 50 mulheres concorda completamente que o parceiro as aceita completamente tal como elas são, 47,2% concorda completamente que pode partilhar abertamente os seus pensamentos mais profundos e outros sentimentos e 43,4% concorda completamente que o parceiro se preocupa profundamente com a própria. 49,1% concorda que o parceiro estaria disposto a ajudar a própria de qualquer forma e 41,5% concorda que os pensamentos e sentimentos são compreendidos e validados.

Análise dos resultados sobre a Intimidade

Intimidade Física e Sexual

Remetendo igualmente para os outputs da estatística descritiva que se anexam, destaca-se relativamente a esta Escala que se obtiveram 50 respostas entre as 53 participantes que

constituíram a amostra deste estudo. Sobre este instrumento as maiores percentagens a salientar referem-se a: 54,7% nunca toma banho com o seu parceiro; 49,1% nunca praticou sexo anal, 45,3% dos parceiros despem-se à frente da própria; 43,4% conversa com o seu parceiro 1 vez por dia; um sub-total de 45,3% entre 2 a 3 vezes por semana e 1 vez de 15 em 15 dias.

Dos resultados apresentados pode-se ainda verificar que 26 mulheres não indicaram uma única vez a opção de resposta “mais de uma vez por dia” nesta Escala da Intimidade Física e Sexual.

Análise dos resultados sobre a Satisfação Sexual

Conforme já atrás foi referido, esta Escala está dividida nas seguintes cinco subescalas: subescala da satisfação ou contentamento, subescala da comunicação, subescala da compatibilidade, subescala aspectos relacionais - interesse / preocupação / angústia e subescala aspectos pessoais - interesse / preocupação / angústia.

A subescala Satisfação ou Contentamento obteve uma média de 3,19 (DP:0,42; n= 51); na subescala Comunicação observou-se uma média de 3,36 (DP: 0,33; n= 50); na subescala Compatibilidade uma média de 1,93 (DP: 0,69; n= 50); na subescala Aspectos Relacionais – Interesse / Preocupação / Angústia uma média de 2,90 (DP:0,87; n= 50) e na subescala Aspectos Pessoais – Interesse / Preocupação / Angústia uma média de 2,08 (DP: 0,94; n= 51). Numa análise inferencial verificou-se uma relação positiva moderada ($r= 0,635$) entre a Subescala Aspectos Pessoais – Interesse / Preocupação / Angústia e a Subescala Aspectos Relacionais – Interesse / Preocupação / Angústia.

Análise das relações entre Imagem Corporal / Intimidade / Satisfação Sexual

Na Tabela 3 apresenta-se a análise da relação entre todas as escalas e subescalas. Consideramos a escala A o Índice Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo”, tendo como subescalas A1 (Conceito de Corpo) referente ao Índice A – Relacionamento com o meu corpo e A2 (Percepção do Corpo Doente) sobre o Índice B – Relacionamento com o meu corpo. A escala B diz respeito ao Índice “Intimidade Emocional” e a escala C à “Satisfação Sexual nas Mulheres”, também esta dividida em subescalas: C1 = Subescala da Satisfação, C2 = Subescala da Comunicação, C3 = Subescala da Compatibilidade, C4 = Subescala Aspectos Relacionais – Interesse / Preocupação / Angústia e C5 = Subescala Aspectos Pessoais –

Interesse / Preocupação / Angústia.

Tabela 3. Análise da relação entre as escalas e as subescalas

	A	B	C	A1	A2	C1	C2	C3	C4
B	-0,263								
C	0,406	-0,539							
A1	-0,113	0,335	-0,306						
A2	0,893	-0,382	0,475	-0,547					
C1	0,111	0,321	0,287	0,056	0,060				
C2	-0,213	0,444	0,003	0,360	-0,351	0,551			
C3	0,388	-0,713	0,791	-0,238	0,444	-0,196	-0,250		
C4	0,217	-0,388	0,855	-0,306	0,329	-0,242	-0,071	0,545	
C5	0,403	-0,557	0,824	-0,346	0,493	-0,102	-0,345	0,636	0,635

A partir da análise desta tabela destacam-se as associações com significância e verifica-se através do Coeficiente de Correlação de Pearson intensidade de relação alta e sentido directo entre a escala A e a respectiva subescala A2 ($r= 0,893$), entre a escala C com a respectiva subescala C3 ($r= 0,791$), entre a escala C e as respectivas subescalas C4 e C5 (respectivamente, $r= 0,855$ e $r= 0,824$).

Observou-se uma intensidade de relação moderada e sentido directo entre a escala A e a escala C ($r= 0,406$), entre a subescala A2 e a escala C ($r= 0,475$), entre a escala B e a subescala C2 ($r= 0,444$), entre as subescalas C1 e C2 ($r= 0,551$), entre A2 e C3 ($r= 0,444$), entre as subescalas C3 e C4 ($r= 0,545$), entre a escala A e a subescala C5 ($r= 0,403$), entre as subescalas A2 e a subescala C5 ($r= 0,493$), entre as subescalas C3 e C5 ($r= 0,636$) e entre as subescalas C4 e C5 ($r= 0,635$).

Ainda que não tão relevante, verificou-se uma intensidade de relação baixa e sentido directo entre a escala A e a subescala C3 ($r= 0,388$), entre a escala B e a subescala A1 ($r= 0,335$) e entre a escala B e a subescala C1 ($r= 0,321$), entre a escala C e a respectiva subescala C1 ($r= 0,287$), entre as subescalas A1 e C2 ($r= 0,360$) e entre as subescalas A2 e C4 ($r= 0,329$).

Em sentido inverso destaca-se a associação de intensidade alta entre a escala B e a subescala

C3 ($r = -0,713$), com intensidade moderada, as relações entre a escala B e a subescala C5 ($r = -0,557$), entre as subescalas A1 e A2 ($r = -0,547$) e entre as escalas B e C ($r = -0,539$). Observou-se ainda relação de intensidade baixa entre a escala B e a subescala C4 ($r = -0,388$), entre a escala B e a subescala A2 ($r = -0,382$), entre as subescalas A2 e C2 ($r = -0,351$), entre as subescalas A1 e C5 ($r = -0,346$), entre as subescalas C2 e C5 ($r = -0,345$), entre a escala C e a subescala A1 ($r = -0,306$) e entre as subescalas A1 e C4 ($r = -0,306$).

Em suma, em termos de intensidade e sentido da associação entre a satisfação sexual e a intimidade, verifica-se que há uma relação directa entre a intimidade e os aspectos relativos ao prazer (satisfação / contentamento) e comunicacionais da satisfação sexual. Inversamente, observou-se que quanto maior o grau de intimidade emocional menor a satisfação sexual e em particular, os aspectos referentes à compatibilidade e à preocupação para com os aspectos relacionais e pessoais. A propósito, de salientar a correlação positiva sobre a preocupação e angústia entre os aspectos relacionais e pessoais ao nível da satisfação sexual na mulher.

Análise das relações entre Imagem Corporal / Intimidade / Satisfação Sexual e as variáveis socio-demográficas e clínicas

Na Tabela 4 apresentam-se as mesmas escalas e subescalas indicadas anteriormente, considerando-as em associação com os escalões etários das participantes.

Tabela 4. Associação entre Imagem Corporal, Intimidade e Satisfação Sexual e os Escalões Etários

	Escalões de Idade					
	1 Menos de 35 anos			2 Dos 36 aos 45 anos		
	Mean	N	Std. Deviation	Mean	N	Std. Deviation
A	3,3027	7	,40376	3,5179	16	,38992
B	2,2449	7	1,35956	1,8214	16	,91324
C	2,7802	7	,57844	2,6696	16	,36034
A1	4,0333	6	,61210	4,3125	16	,70415
A2	2,8873	7	,87349	2,6659	16	,41527
C1	3,4048	7	,71916	3,1979	16	,48004
C2	3,2222	6	,25092	3,4479	16	,35339
C3	1,7778	6	,61162	1,8854	16	,78344
C4	2,9167	6	,94133	2,8438	16	,88709
C5	2,2476	7	1,26548	1,8958	16	,71976

	Escalões de Idade								
	3 Dos 46 aos 55 anos			4 Dos 56 aos 65 anos			5 Mais de 66 anos		
	Mean	N	Std. Deviation	Mean	N	Std. Deviation	Mean	N	Std. Deviation
A	3,4371	14	,45114	3,2987	11	,32233	3,1429	5	,36422
B	2,1837	14	,65926	2,2597	11	,78459	1,8571	5	,77591
C	2,8042	14	,21044	2,7792	11	,43266	2,5000	5	,25754
A1	4,1667	12	,71774	4,4364	11	,62494	4,5600	5	,49800
A2	2,7874	12	,45743	2,6520	11	,34841	2,6000	5	,23080
C1	3,0278	12	,29158	3,1667	11	,23570	3,2667	5	,22361
C2	3,2639	12	,41107	3,3939	11	,30977	3,4000	5	,09129
C3	2,1528	12	,76362	1,8788	11	,65866	1,8667	5	,36132
C4	2,9583	12	,90767	3,0303	11	,99112	2,6333	5	,58214
C5	2,5417	12	1,19368	1,8636	11	,83273	1,8333	5	,48591

Conforme se pode observar, em todos os escalões etários salientou-se que em média estas mulheres com cancro da mama atribuem maior importância à subescala A1 (Conceito do Corpo). Por outro lado, no escalão etário com menos de 35 anos atribuiu-se, em média, menor importância à subescala da Compatibilidade, referente à Satisfação Sexual nas Mulheres (M: 1,78; DP: 0,61); em média, no escalão dos 35 aos 45 anos é dada menor importância à Intimidade Emocional (M: 1,82; DP: 0,91); no intervalo de idades compreendido entre os 46 e os 55 anos volta-se a subestimar, em média, a Compatibilidade na Satisfação Sexual (M: 2,15; DP: 0,76); entre os 56 e os 65 anos e entre as mulheres com mais de 66 anos, o item mais desvalorizado, em média foi o relativo aos Aspectos Pessoais – Interesse / Preocupação / Angústia (respectivamente, M: 1,86; DP: 0,83 e M: 1,83; DP: 0,49).

Na Tabela 5 apresentam-se as mesmas escalas e subescalas indicadas anteriormente, agora correlacionadas com as seguintes variáveis quantitativas do Questionário Sócio-Demográfico e Clínico: I (Idade dos Sujeitos), II (Nº de Meses de Relacionamento Afectivo / Sexual), III (Nº de Sessões de Quimioterapia), IV (Nº de Meses a Fazer Radioterapia).

Tabela 5. Análise da relação entre as escalas, subescalas e dados sócio-demográficos e clínicos – variáveis quantitativas

		I	II	III	IV
A	Pearson Correlation	,011	,055	,194	,129
	Sig. (2-tailed)	,940	,694	,163	,359
B	Pearson Correlation	,275	,069	-,011	-,168
	Sig. (2-tailed)	,053	,633	,937	,244
C	Pearson Correlation	-,091	,041	-,030	-,022
	Sig. (2-tailed)	,527	,776	,836	,876
A1	Pearson Correlation	-,166	-,359	,090	,085
	Sig. (2-tailed)	,235	,008	,520	,544
A2	Pearson Correlation	,087	,208	,121	,067
	Sig. (2-tailed)	,537	,135	,388	,632
C1	Pearson Correlation	-,038	-,011	-,225	-,136
	Sig. (2-tailed)	,791	,937	,112	,341
C2	Pearson Correlation	,067	-,099	-,251	-,177
	Sig. (2-tailed)	,642	,493	,078	,218
C3	Pearson Correlation	-,007	,132	,067	,210
	Sig. (2-tailed)	,963	,359	,643	,143
C4	Pearson Correlation	-,029	,100	,005	,040
	Sig. (2-tailed)	,840	,490	,975	,780
C5	Pearson Correlation	-,057	,098	,106	-,035
	Sig. (2-tailed)	,690	,492	,458	,808
II	Pearson Correlation	,475			
	Sig. (2-tailed)	,000			
III	Pearson Correlation	-,124	,076		
	Sig. (2-tailed)	,375	,587		
IV	Pearson Correlation	-,172	,002	,356	
	Sig. (2-tailed)	,219	,989	,009	

Na sequência destes dados e centrando-nos somente nas variáveis cujos dados disponíveis não nos permitiu demonstrar que as variáveis em estudo não são independentes (rejeição da hipótese nula), refira-se que se observa evidência de associação negativa entre as variáveis Idade e Satisfação Sexual ($r = -0,91$; Sig. = 0,527), entre Idade e Conceito de Corpo ($r = -0,166$; Sig. = 0,235), entre Idade e Satisfação no acto sexual ($r = -0,038$; Sig. = 0,791), entre Idade e

Compatibilidade ($r = -0,007$; $Sig. = 0,963$), entre Idade e Aspectos Relacionais – Interesse / Preocupação / Angústia ($r = -0,029$; $Sig. = 0,840$), entre Idade e Aspectos Pessoais – Interesse / Preocupação / Angústia ($r = -0,057$; $Sig. = 0,690$), entre Idade e o N° de Sessões de Quimioterapia ($r = -0,124$; $Sig. = 0,375$) e entre Idade e N° de Meses a fazer Radioterapia ($r = -0,172$; $Sig. = 0,219$), o que traduz que quanto menor a idade destas mulheres com cancro da mama, maior a satisfação sexual, maior a concepção de corpo, maior a satisfação no acto sexual, maior a compatibilidade sexual, maior a importância dada aos aspectos relacionais (quer ao nível do interesse, preocupação e/ou angústia sexual), maior a importância dada aos aspectos pessoais (quer ao nível do interesse, preocupação e/ou angústia sexual), maior a relevância dada ao n° de sessões de quimioterapia necessárias no tratamento, bem como à duração da radioterapia.

Igualmente, se destaca associação de sentido negativo entre o N° de Meses de Relacionamento Afectivo / Sexual e Satisfação no acto sexual ($r = -0,011$; $Sig. = 0,937$) e entre N° de Meses de Relacionamento Afectivo / Sexual e Comunicação relativamente à Satisfação Sexual na Mulher ($r = -0,099$; $Sig. = 0,493$), o que significa que quanto menor a duração do relacionamento afectivo / sexual, maior a satisfação no acto sexual e maior a comunicação sobre os aspectos da satisfação sexual, por parte destas mulheres com cancro da mama.

Da mesma forma, evidencia-se também uma associação de sentido inverso entre o N° de Sessões de Quimioterapia e a Intimidade Emocional ($r = -0,011$; $Sig. = 0,937$) e entre o N° de Sessões de Quimioterapia e a Satisfação Sexual ($r = -0,030$; $Sig. = 0,836$), o que permite traduzir que quanto menor a duração da quimioterapia, maior a intimidade emocional e maior a satisfação sexual.

De salientar ainda outra associação de sentido negativo, entre o N° de Meses a Fazer Radioterapia e a Intimidade Emocional ($r = -0,168$; $Sig. = 0,244$) e a Satisfação Sexual ($r = -0,022$; $Sig. = 0,876$) e entre o N° de Meses a Fazer Radioterapia e Satisfação no acto sexual ($r = -0,136$; $Sig. = 0,341$), a Comunicação sobre os aspectos da satisfação sexual ($r = -0,177$; $Sig. = 0,218$) e com os Aspectos Pessoais – Interesse / Preocupação / Angústia ($r = -0,035$; $Sig. = 0,808$), o que revela que quanto menor a duração do tratamento por radioterapia, maior a disponibilidade para a intimidade emocional e maior a satisfação sexual nestas mulheres, maior a satisfação e comunicação relativos aos aspectos da satisfação sexual e maior a importância dada aos aspectos pessoais (quer ao nível do interesse, preocupação e/ou angústia sexual).

Retomando a análise dos resultados descritivos em outputs, da Escala da Intimidade Física e Sexual, e fazendo uma associação com variáveis sócio-demográficas e clínicas, o escalão etário dos 46 aos 55 anos foi o que concentrou maior número de respostas nesta opção (78,6%), as mulheres que vivenciam estado civil com compromisso (47,2%), as que têm filhos (47,9%), as profissionalmente activas (53,1%), as que não vivenciaram outro acontecimento stressante na sua vida (50,0%) e as que nunca recorreram a acompanhamento psicológico (54,5%). No âmbito clínico, as que realizaram quimioterapia (48,8%), enquanto 50,0% das que nunca efectuaram quimioterapia não indicaram, igualmente, uma única vez “mais de uma vez por dia”. Com a mesma associação encontram-se as que foram submetidas a radioterapia (51,1%), as que efectuaram / efectuam tratamento hormonal (55,6%) e as que realizaram / realizam outro tratamento (66,7%).

Ainda analisando a relação das variáveis sócio-demográficas e clínicas com as frequências de resposta a outras opções desta Escala da Intimidade Física e Sexual, destaca-se, ao nível dos escalões etários que: 85,7% das mulheres com menos de 35 anos não indicaram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês” e 71,4% do mesmo escalão não referiram uma única vez a opção “uma vez de 15 em 15 dias”. Entre os 56 e os 65 anos 54,5% não indicou uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês”. No escalão etário de mais de 66 anos 60% referiu 2 vezes a opção “uma vez por mês” e outros 60% indicou 4 vezes a opção “uma vez por dia”.

No que diz respeito á associação com o Estado Civil, 58,8% das mulheres sem compromisso não indicaram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês”.

Em relação com a variável “Tem filhos”, 60,0% das participantes sem filhos não referiram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês” e também deste grupo, 60,0% nunca referiu a opção “uma vez por dia”.

Associando-se a frequência de respostas às opções desta escala com a variável “Quimioterapia” 53,5% das mulheres submetidas a este tratamento não indicaram uma única vez a opção “uma vez por mês”. Já sobre a variável “Radioterapia”, 50,0% das mulheres que não realizaram este tratamento não indicaram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês” e outras 50,0% nunca referiram a opção “uma vez de 15 em 15 dias”. Em relação com as participantes submetidas a “Tratamento hormonal”, 51% não indicaram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês”. No que concerne às que “Realizaram outro tipo de tratamento”, 66,7% nunca referiram a opção “menos de uma vez por mês” e 100,0% não

indicaram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês”.

Relativamente à variável “Acompanhamento psicológico” 50,0% das que alguma vez recorreram a este apoio não referiram uma única vez a opção de resposta “uma vez por mês”.

Seguidamente, abordar-se-á a relação entre a imagem corporal, a intimidade e a satisfação sexual com os dados sócio-demográficos e clínicos, designadamente, no que se refere à medição da associação entre variáveis qualitativas e quantitativas.

Tabela 6. Análise da relação entre as escalas, subescalas e dados sócio-demográficos e clínicos

	Idade em Escalões		Estado Civil		Ter Filhos		Emprego		Quimioterapia	
	Eta	Sig.	Eta	Sig.	Eta	Sig.	Eta	Sig.	Eta	Sig.
A	,301	,326	,082	,560	,010	,941	,316	,021	,024	,862
B	,224	,639	,066	,636	,188	,178	,039	,783	,284	,039
C	,250	,532	,120	,394	,228	,100	,126	,369	,329	,016
A1	,237	,616	,100	,490	,357	,011	,081	,578	,069	,632
A2	,192	,777	,082	,569	,243	,086	,106	,460	,025	,860
C1	,275	,449	,073	,613	,121	,399	,026	,854	,122	,395
C2	,261	,517	,198	,169	,095	,513	,017	,909	,226	,115
C3	,188	,800	,103	,479	,343	,015	,050	,730	,033	,819
C4	,131	,939	,005	,972	,271	,057	,000	1,000	,097	,504
C5	,302	,342	,007	,961	,275	,051	,135	,345	,077	,589

	Radioterapia		Tratamento Hormonal		Realização de Outro Tratamento		Vivenciou outro acontecimento stressante		Acompanhamento Psicológico	
	Eta	Sig.	Eta	Sig.	Eta	Sig.	Eta	Sig.	Eta	Sig.
A	,060	,671	,294	,033	,246	,076	,221	,111	,030	,832
B	,041	,771	,219	,115	,169	,225	,145	,299	,126	,370
C	,009	,951	,097	,488	,079	,575	,054	,700	,166	,236
A1	,238	,096	,153	,287	,096	,509	,036	,802	,249	,082
A2	,182	,201	,053	,710	,390	,005	,025	,861	,024	,870
C1	,121	,399	,019	,896	,287	,041	,104	,468	,093	,516
C2	,007	,963	,033	,822	,087	,549	,090	,536	,087	,548
C3	,343	,015	,172	,232	,155	,283	,194	,176	,202	,159
C4	,103	,476	,259	,070	,241	,092	,107	,461	,055	,705
C5	,006	,968	,116	,416	,294	,036	,087	,542	,029	,839

Pela análise dos resultados expressos nesta tabela, destaca-se uma associação, ainda que baixa, entre a variável “Ter Filhos” e as subescalas “Conceito de Corpo”(A1) e “Compatibilidade” (C3) ao nível da Satisfação Sexual (C) (respectivamente, 0,357; Sig.= 0,011 e 0,343; Sig.= 0,015), entre o “Emprego” e a escala da “Imagem Corporal” (A) (0,316; Sig. 0,021), entre o tratamento por “Quimioterapia” e a escala da “Intimidade Emocional” (B) e a escala da “Satisfação Sexual” (respectivamente, 0,284; Sig.= 0,039 e 0,329; Sig.= 0,016), entre o tratamento por “Radioterapia” e a subescala “Compatibilidade” (C3) a nível da Satisfação Sexual na Mulher (C) (0,343; Sig.= 0,015), entre a prática de “Tratamento Hormonal” e a escala da “Imagem Corporal” (A) (0,294; Sig.= 0,033) e entre a “Realização de Outro Tratamento” e a subescala da imagem corporal, “Percepção do Corpo Doente” (A2) e a subescala “Aspectos Pessoais – Interesse / Preocupação / Angústia” (C5) referente à Satisfação Sexual na Mulher (C) (respectivamente, 0,390; Sig.= 0,005 e 0,294; Sig.= 0,036). Saliente-se, em resumo, que em termos inferenciais, como resultado da doença e / ou dos tratamentos, verifica-se a correspondência, em sentido directo, entre a inibição em relação à aparência com o facto de se sentirem menos atraentes fisicamente e entre este item com o sentirem-se menos femininas. A um nível de intensidade correlacional mais baixo, verificou-se também relação entre a percepção do corpo doente e o interesse, preocupação e angustia acerca dos aspectos relacionais da satisfação sexual e entre o conceito de corpo e o parâmetro comunicação ao nível da satisfação sexual na mulher. Inversamente, igualmente numa intensidade baixa, quanto menor a percepção do corpo doente maior a comunicação na satisfação sexual e quanto menor o conceito de corpo maior o interesse, preocupação e angustia acerca tanto dos aspectos relacionais como pessoais, da satisfação sexual.

DISCUSSÃO

A partir da análise dos resultados deste estudo e tendo presente a questão de investigação e os objectivos propostos, evidencia-se que nesta fase da doença, as participantes revelaram

proximidade e interdependência entre parceiros, partilha de sentimentos pessoais, partilha de expectativas de compreensão, partilha de expectativas de afirmação e partilha de demonstração de carinho. Na sua maioria confirmaram que os parceiros as aceitam completamente tal como elas são e as próprias manifestaram interesse e preocupação com a satisfação do parceiro, com o relacionamento e com o seu prazer individual. Revelou-se ainda importante a relação entre a satisfação sexual e os níveis de funcionamento sexual.

Um estudo de Wimberly et al. (2005 cit. Takahashi et al., 2008) revelou que quando o parceiro sexual está emocionalmente envolvido na relação, os ajustamentos sexuais, maritais e sexuais ocorrem naturalmente. Esta conclusão foi ainda reforçada por outra investigação que refere uma associação directa entre a proximidade relacional e a prestação sexual, ou seja, que um apoio forte por parte do parceiro permite uma sexualidade mais saudável (Broeckel et al., 2002; Holmberg et al., 2001; Wilmoth, 2001 cit. Takahashi et al., 2008). Por outro lado, outra pesquisa associada com os aspectos da sexualidade e da intimidade entre doentes com cancro da mama demonstrou que as mulheres e respectivos parceiros podem experienciar disfunção sexual, para o resto da vida, após o diagnóstico da doença (Mallinger, Griggs, & Shields, 2005, cit. Takahashi et al., 2008).

Ao nível da imagem corporal verificam-se estratégias adaptativas de coping sobre o conceito de corpo, procurando-se disfarçar aspectos deste que não agradam, reconhecendo a importância do corpo na relação entre parceiros, mantendo a crença de que o corpo é uma expressão do ser feminina e como tal, estas mulheres continuam a valorizar a auto-imagem corporal, que lhes agrada, no geral. No que diz respeito à Percepção do Corpo Doente (o corpo mórbido), observou-se que mais de metade das respondentes não concorda que se sinta menos feminina como resultado da sua doença e/ou tratamento, nem que se sinta insatisfeita com a aparência da sua cicatriz, pese embora os restantes cinco itens desta subescala tenham ficado aquém da metade de respostas afirmativas, o que poderá identificar uma reacção neutra à aparência e à atractividade do corpo doente (percepção de si própria). Por seu turno, ao sentirem-se menos femininas sentem-se menos atraentes sexualmente.

A imagem corporal não será um espelho fiel de nosso corpo ou um simples resultado de nossa familiarização com ele tal qual é. Cada pessoa elabora a seu modo a imagem do seu próprio corpo, de forma dinâmica, acentuando ou modificando as diferentes partes em função dos mecanismos, não apenas patológicos, mas da personalidade, dos desejos, das atitudes emocionais, da interacção com os outros, de todas as vivências passadas e presentes. Os

padrões impostos pela sociedade e incorporados pela pessoa tornam-a suscetível ao que os outros vêem como defeito, levando-a a concordar que ficou diferente do que deveria ser. Designadamente, as mulheres que passam pela mastectomia revelam a necessidade de recuperar o espaço corporal perdido e referem-se à cirurgia plástica como possibilidade, reconhecendo que a imagem de um corpo perfeito já não é uma realidade naturalmente sua.

A centralidade atribuída pelas pessoas à sua aparência determina a forma como organizam e interpretam informação auto-relevante relacionada com a sua imagem corporal (Cash, 2002). A modificação da imagem corporal é um problema que surge quando o sujeito é incapaz de perceber ou adaptar-se a uma mudança de aparência física, estrutural ou funcional do corpo, verificando-se que as alterações da imagem corporal constituem preocupação em indivíduos com doença crónica.

No que concerne à relação entre a satisfação sexual e a auto-imagem corporal observou-se, no geral, associação entre a imagem corporal e designadamente entre a percepção do corpo doente e a satisfação sexual na mulher. Mais especificamente, o sentimento de menor atractividade física após a doença e / ou tratamentos e o sentimento de inibição em relação à aparência estão directamente associados a um sentimento de menor atractividade sexual e de menor feminilidade.

Efectivamente, outros estudos vêm demonstrando que o cancro da mama influencia significativamente tanto a imagem corporal como a sexualidade (National Breast Cancer Centre, 2004), em especial entre as mulheres em fase de tratamento comparativamente com as que se encontram na fase de diagnóstico da doença. Este impacto pode incluir: função sexual alterada, diminuição ou mesmo perda da libido, desvalorização da auto-imagem corporal e problemas a nível relacional. Com efeito, tal vem provar que a imagem corporal não está somente identificada com a aparência física, mas também com o sentido de funcionalidade e com o corpo no seu todo (físico e psicológico). Fobair, Chang, D'Onofrio, Banks e Bloom (2006) demonstraram que entre as mulheres sexualmente activas, os maiores problemas de imagem corporal estavam relacionados com a mastectomia e com a reconstrução da mama, com a perda de cabelo, com as alterações de peso, perda de saúde mental, baixa auto-estima e com as dificuldades do parceiro em compreender seus sentimentos.

A presente investigação vai ainda ao encontro da conclusão do National Breast Center (2004) que evidencia que as mulheres que valorizam maioritariamente a imagem corporal e a atractividade física estarão em maior risco de desajustamento psicossocial, após o tratamento do cancro da mama.

Considerando igualmente a relação com variáveis clínicas, refira-se que a quimioterapia tem sido associada ao funcionamento sexual sequente. Nesta investigação, em que 81,1% das mulheres foram submetidas a este tratamento, verificou-se que quanto menor a duração da quimioterapia maior a satisfação sexual na mulher (o mesmo se passando em relação à radioterapia, a que foram sujeitas 88,7% das participantes nesta amostra). Ainda de acordo com o National Breast Center (2004), a influencia da quimioterapia na sexualidade é directa em termos de efeitos hormonais e indirecta nos sintomas físicos como a fadiga, náuseas, vómitos, apatia, sono, distúrbios alimentares, secura vaginal, o que acaba por afectar o desejo, ou seja, interfere com a libido e conseqüentemente, provoca disfunção sexual.

Em relação com variáveis sócio-demográficas, concretamente com a idade, verificou-se por este estudo que esta variável e a satisfação sexual não são independentes, isto é, quanto menor a idade, maior a satisfação sexual na mulher, maior o prazer retirado (satisfação / contentamento), maior a compatibilidade sexual e maior o interesse, preocupação e / ou angustia relativamente aos aspectos relacionais e pessoais da satisfação sexual. É de facto uma questão extremamente significativa a imagem corporal relacionada com a sexualidade, principalmente quando se trata de mulheres mais jovens – ainda que neste estudo a maior representatividade se situe nos dois grupos etários entre os 36 e os 55 anos.

Sobre as implicações com a própria, com o parceiro e nas relações bidireccionais entre parceiro / doente, este estudo revelou que também existe relação directa entre a satisfação sexual e a existência de relacionamento afectivo / sexual e com a duração do relacionamento entre parceiros. Todavia, verificou-se que quanto menor a duração do relacionamento maior o prazer (satisfação / contentamento) e a comunicação retiradas da sexualidade conjunta.

À semelhança do estudo de Takahashi et al. (2008) com mulheres japonesas com cancro da mama, também aqui se observou que uma deterioração na relação sexual após a intervenção cirúrgica, nem sempre resulta na deterioração do relacionamento entre parceiros afectivos e sexuais. Muitas vezes as alterações sexuais que se seguem à cirurgia não resultam, necessariamente, numa crise conjugal, porque outros factores se sobrepõem à amputação, no relacionamento afectivo e sexual ou até porque os próprios parceiros se informaram e adaptaram melhor aos (novos) condicionalismos físicos e psicológicos associados às actividades sexuais. A pesquisa de Takahashi et al. (2008) confirma ainda que o efectivo apoio por parte do parceiro se correlaciona com melhores relacionamentos e melhores

ajustamentos sexuais, sendo que muitas vezes pode reforçar tais relações entre parceiros. Estes autores ainda concluíram que as mulheres sem parceiro enfrentam maiores desafios no que se refere ao sucesso dos relacionamentos, o que poderá dificultar o compromisso em relações futuras.

Em suma, esta investigação permitiu verificar que apesar destas mulheres reconhecerem que a aparência física é importante (também) na relação com os parceiros, a maioria não considera as marcas físicas da doença e dos tratamentos como determinantes, uma vez que se sentem aceites pelos parceiros, existe ou continua a existir proximidade nos relacionamentos – a que igualmente não é alheia a duração da relação afectivo / sexual – o que se revela no prazer sexual individual e numa relação sexual mais altruísta para com o parceiro. A propósito, ainda que não referido nos resultados do estudo, dada a fraca representatividade, também aqui se verifica que as mulheres sem parceiro(s) se sentem mais inibidas e até receosas relativamente a um futuro relacionamento, tendo em conta que a percepção do corpo doente e designadamente a alteração na imagem corporal e mesmo a consequente menopausa precoce, interfere com sentimentos de atractividade física e sexual, com a feminilidade

De destacar também que em alguns casos variáveis como a idade e a duração dos tratamentos condicionam a satisfação sexual das mulheres com cancro da mama.

De referir igualmente que são reconhecidas nesta investigação algumas limitações, com implicações nos resultados obtidos. Desde logo, a dimensão da amostra (N= 53) que não poderá ser considerada representativa da população feminina com cancro da mama em Portugal, ainda que não se prove que os resultados de uma amostra maior enviezem substancialmente os resultados obtidos neste estudo. Segundo Vistad, Fossa, Kristensen, Mykletum e Dahal (2007), estudos acerca de não respondentes femininas em inquéritos de saúde em geral e sobre hábitos sexuais em particular, demonstraram somente diferenças moderadas na prevalência estimada e na distribuição socio-demografica. De facto, neste âmbito, a maior limitação refere-se à falta de representatividade das respondentes pois, no geral, amostras relativamente pequenas representam um problema em muitos estudos sobre a sexualidade. Além de que seria também enriquecedor para esta investigação, as participantes distribuírem-se por qualquer uma das três opções sexuais e não serem só heterossexuais – mas apesar dos contactos com uma associação portuguesa de defesa dos direitos de lésbicas, gays, bissexuais e transgénero, não se obtiveram respostas.

Outra limitação identificada prende-se com o tipo de estudo. Tratando-se esta investigação de

um trabalho unicamente descritivo, seria enriquecedor que no futuro o mesmo fosse complementado com um estudo comparativo entre momentos diferentes, no caso, confrontando-se os objectivos propostos com a situação antes da doença (não só antes do tratamento, mas inclusivamente antes do diagnóstico) e com o que se observa no tempo presente (durante e após o tratamento).

Em estudos futuros sobre esta questão de investigação poder-se-á também incluir no Questionário Socio-Demográfico e Clínico uma variável sobre a reconstituição mamária, de modo a aferir se existirão diferenças significativas em termos psicosexuais, entre mulheres mastectomizadas sem reconstituição mamária e com reconstituição mamária, sobretudo para testar a hipótese se as mulheres com cirurgia reconstrutiva da(s) mama(s) tem uma auto-imagem corporal mais preservada e se (re)assumem a actividade sexual mais cedo que as mulheres sem reconstituição mamária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação terá várias implicações para a prática do domínio do estudo. Desde logo, que a sexualidade feminina, em geral, constitui um fenómeno multi-dimensional - sem que se possa assumir, à partida, que a frequência sexual, por si só, seja sinónimo de qualidade no relacionamento sexual (Takahashi et al., 2008). No entanto, a sexualidade é um aspecto importante da qualidade de vida das mulheres com cancro da mama, sobretudo numa altura em que as mulheres vivem mais tempo e investem mais qualitativamente em todos os aspectos da sua vida.

Apesar da eficácia cada vez maior dos métodos de tratamento para o cancro e nas taxas crescentes de sobrevivência, estas doentes têm que fazer face a uma doença potencialmente debilitante, à dor, à alteração da auto-imagem, à ameaça ao bem-estar e à integridade física, à perda de funções fisiológicas e à ameaça de morte ou mesmo à morte. De facto, pelas respostas obtidas verifica-se que no cancro da mama (como noutros cancros), a percepção de ameaça, ambivalência, incerteza e processo de luto associados aos tratamentos da doença determinam um maior ou menor envolvimento individual no confronto com esta situação traumática.

No que diz respeito a implicações teóricas, este estudo permitirá confirmar o que Rousseau já dizia, que “o ser humano não é predeterminado, mas socialmente construído”. Com efeito, conforme expresso na revisão de literatura, em anexo, a imagem corporal é permeável aos ideais vinculados pela publicidade, logo, uma subjectividade que se constitui em identidade. O corpo real está longe de se considerar o corpo ideal e isso torna-se mais verdadeiro quando existem marcas ou partes amputadas do corpo. Tal como se observou nesta investigação, as implicações negativas são maiores quanto maior fôr o investimento na aparência / imagem corporal. Todavia, quando vivenciadas de forma satisfatória, essas condições podem repercutir significativamente na vida do ser humano, seja pela aparente segurança interior, seja pela confiança nas relações interpessoais ou pela esperança e disposição necessárias à manutenção da vida e do impulso criativo. A tal não será alheio o facto de as significações irem mudando ao longo da vida do sujeito.

Por outro lado, as cognições de doença, pese embora mais identificadas com o senso comum, proporcionariam ainda a estas mulheres o apoio de um esquema para o (1) coping, (2) compreender a sua doença, (3) as informar sobre o que devem ter cuidado. Enfim, existirão dispositivos ou estratégias de coping que sustentarão um novo comportamento e o manterão: o desenvolvimento de competências, a percepção de benefícios, a influência dos pares, o suporte social e ajuda mútua, a atitude activa de promoção da mudança.

A propósito do que a cognição desta doença, em concreto, possa proporcionar, tomando-se o exemplo dos resultados a que se chegou no presente estudo, não será de todo alheio o facto de mais de metade da amostra ter sido recolhida num evento desportivo, onde na generalidade as participantes aderem não só a uma causa (que também é directamente a delas) mas à sensação de maior liberdade por ser na rua, à descoberta de emoções na corrida, à satisfação em reconhecer que afinal conseguem participar e chegar ao fim num evento, ao reconhecimento de que não se trata, verdadeiramente, de uma competição desportiva, mas que estão a competir com elas próprias, ao incentivo e aos aplausos vindos de quem assiste, mesmo que não as conheça, a uma maior exposição pública do corpo, à solidariedade e aos processos de comunicação, a um ambiente de festa, a um esbatimento das diferenças entre papéis tipicamente masculinos e femininos, a um maior locus de controlo interno, em suma à crença no ser, saber e fazer.

Este estudo também confirma que relacionamentos fortes ajudam a suportar as *feridas emocionais* decorrentes da doença e das alterações físicas. Acrescentar-se-ia que a informação acerca dos efeitos da doença e dos tratamentos, a nível sexual, contribuem igualmente para a percepção destas mulheres sobre a satisfação sexual, pelo que se sugeria um (maior) investimento psico-educativo por parte dos técnicos de saúde, com ênfase nos aspectos comunicacionais. Não descurando a relevância da psicoterapia, seria de privilegiar o papel de determinados tipos de significados sociais para efeito de resolução destes problemas, induzindo-se conhecimentos (esquemas pragmáticos) que guiem o raciocínio da mulher (e mesmo, do parceiro) perante o quotidiano e que lhe(s) permita estabelecer uma co-relação entre os problemas resolvidos e os novos problemas colocados.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida, G.A.N., Santos, J.E., P, S.R., & Loureiro, S.R. 2005. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: Estudo exploratório. *Psicologia em Estudo. Maringá*, 10(1), 27-35.
- Alves, D. et al. 2009. Cultura e imagem corporal. *Motricidade Fundação Técnica e Científica do Desporto*, 5(1), p. 1-20
- Amâncio, V., Santana, N., Costa, S. 2007. Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador, v 21, n 1, p. 41-53, Jan.-Abr. 2007
- American Cancer Society. 2007. *Cancer facts and figures 2007*. Atlanta, GA: ACS
- Bakewell, R.T., Volker, D.L. 2005. Sexual Dysfunction Related to the Treatment of Young Women With Breast Cancer. *Clinical Journal of Oncology*, volume 9, number 6.
- Berg, C.A., Upchurch, R. 2007. A Developmental–Contextual Model of Couples Coping With Chronic Illness Across the Adult Life Span. *Psychological Bulletin* 2007, Vol. 133, No. 6, 920–954.
- Biglia, N., Moggio, G., Peano, E., Sgandurra, P., Ponzone, R., Nappi, R.E., Sismondi, P. 2010. Effects of surgical and adjuvant therapies for breast cancer on sexuality, cognitive functions and body weight. *J Sex Med*, Vol 7:1891–1900.
- Butzer, B., Campbell, L. 2008. Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141–154.
- Cash, T.F. 2002. Women’s body images. G. Wingood & R. DiClemente (Eds.), *Handbook of Women’s Sexual and Reproductive Health*. New York: Plenum.
- Cordova, J.V., Gee, C.B. 2005. Emotional Skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 24, No. 2, pp. 218-235.
- Coutinho, M. da P.L., & Ramos, M. N. 2008. Distúrbios psicoafetivos na infância e adolescência: Um estudo transcultural. *Psico*, 39(1) 14-20.
- Crawford, M., & Cardoso, J. 2000. A dimensão sexual na doença crónica: Que avaliação que intervenção? In J. Ribeiro, I. Leal, & M. Dias (Eds.), *Actas do 3º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 521-525). Lisboa: ISPA.
- Deep, C., & Leal, I. 2000. Necessidades e preocupações em doentes oncológicos. *Actas do 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA
- Direcção Geral da Saúde. 2004. *Risco de morrer em Portugal. Estatísticas, Volume II*. Lisboa: DGS

- Dizon, D.S., 2009. Quality of Life after Breast Cancer: Survivorship and Sexuality. *The Breast Journal*, Vol. 15, No 5, 500-504.
- Eysenck, M.W. & Keane, M.T. 2005. *Cognitive Psychology – a student’s handbook*. 5ª Edição, East Sussex: Psychology Press Ltd
- Fergus, K.D., Gray, R.E. 2009. Relationship vulnerabilities during breast cancer: patient and partner perspectives. *Psycho-Oncology* 18: 1311–1322.
- Fobair P., Chang, S.L.S.S., D’Onofrio, C., Banks, J.P., Bloom, J.R. 2006. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-Oncology*; 2006. 15(7): 579-594.
- Fobair & Peto. 2000. Consultado em 14.03.2011 através da fonte: <http://br.monografias.com/trabalhos3/cancer-mama-imagem-corporal/cancer-mama-imagem-corporal2.shtml>
- Garrusi, B. & Faezee, H. 2008. How do Iranian women with breast câncer conceptualize sex and body image?. *Sex Disabil* 26: 159-165
- Gimenes, M. & Fávero, M. 2000. *A mulher e o câncer*. São Paulo: Leitura Dinâmica.
- Helms, R.L., O’Hea, E.L., Corso, M. 2008. Body image issues in women with breast câncer. *Psychology, Health & Medicine*, 13(3): 313 – 325
- Herrmann, I., Luz, J. 2009. Imagem corporal na perspectiva de Paul Schider. Consultado em 25.03.2011 através da fonte: <http://pt.scribd.com/doc/28476512/Imagem-Corporal-Na-Perspectiva-de-Paul-Schilder>
- Holland, J.C., Breitbart, W.S., Jacobsen, P.B., Lederberg, M., Loscalzo & M.J., Mccorkle, R.S. (Eds.) 2010. *Psycho – Oncology*. New York: Oxford University Press
- Hopwood, P. 1993. The assement of body image in cancer patients. *European Journal of Cancer*, 29A(2), 276-281.
- Huber, C., Ramnarace, T., McCaffrey, R. 2006. Sexuality and intimacy issues facing women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, v. 33, n 6
- Huguet, P., Gurgel, M.S.C., Pinto-Neto, A., Osis, M., Moraes, S. 2007. Sexuality and quality of life in breast cancer survivors in Brazil. *The Breast Journal*, Volume 13, Number 5, 537–538.
- Kimura, M., Diabo, I. 2008. The Study of Emotional Contagion From the Perspective of Interpersonal Relationships. *Social Behavior and Personality*, 36 (1), 27-42.
- Leal, I. 2006. *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Quarteto
- Linley, P.A., Joseph, S., & Goodfellow, B. 2008. Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(8), 877-891.

- Maluf, M., Mori, L., Barros, A. 2005. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*. v.51, n.2, p.149-1, abr./mai./jun.
- Maroco, J., 2007. *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mirgain, S.A., Cordova, J.V. 2007. Emotion skills and marital health: the association between observed and self-reported emotion skills, intimacy and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, Vol. 26, No. 9, pp. 983–1009.
- National Breast Cancer. 2004. Psychosocial impact in the areas of body image and sexuality for women with breast cancer
- Nazaré, B., Moreira, H., Canavarro, M. 2010. Uma perspectiva cognitivo – comportamental sobre o investimento esquemático na aparência: Estudos psicométricos do Inventário de Esquemas sobre a Aparência – Revisto (ASI-R). *Laboratório de Psicologia*, 8(1): 21-36
- Ogden, J. 2004. *Psicologia da Saúde*. 2ª Edição, colecção Manuais Universitários, Climepsi Editores
- Oliveira, T. 2002. Teses e dissertações. Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos. Lisboa: RH Editora
- Pennery, E. 2010. *Cancro da mama: respostas sempre a mão*. Lisboa: Editoria Lidel.
- Popovici, M. 2005. Intimacy and its relevance in human functioning. *Sexual and Relationship Therapy* Vol 20, No. 1.
- Ramos, A., Patrão, I. 2005. Imagem corporal da mulher com cancro de mama : impacto na qualidade do relacionamento conjugal e na satisfação sexual. *Análise Psicológica*. - Vol. 23, nº 3 (2005), p. 295-304
- Ribeiro, J. 2007. *Avaliação em Psicologia da Saúde: Instrumentos publicados em português*. 1ª edição. Coimbra: Quarteto.
- Rodrigues, D., Silva, R., Lopes, M. 2000. A sexualidade da mulher mastectomizada: Adaptando conceitos de Roy. *Rev. Enfermagem UERJ*, v.8, n.1, p.22-7, jan-jun.
- Rutsatz, S.D., & Câmara, S.G. 2006. O psicólogo na saúde pública: Trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*, 23, 55-64.
- Sales, C., Paiva, L., Scanduzzi, D., Anjos, A. 2001. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v.47, n.3, jul/ago/set.
- Santaella, L. 1999. *Imagem, Cognição e Mídia*. São Paulo, Iluminuras
- 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 y Salud*, 2007, vol. 18 n.º 2 - Págs. 137-161.

- Segrin, C., Badger, T., Aprn, B.C., Faan, A.S., Meek, P., Lopez, A.M. 2006. Interpersonal well-being and mental health among male partners of women with breast cancer. *Issues in Mental Health Nursing*, 27:371–389.
- Sheppard, L.A., Appl Sc, B., Ely, S. 2008. Breast Cancer and Sexuality. *The Breast Journal*, v.14, n 2, p.176-181.
- Shoma, A.M., Mohamed, M.H., Nouma, N., Amin, M., Ibrahim, I.M., Tobar, S.S., Gaffar, H.E., Aboelez, W.F., Ali, S.E., William, S.G. 2009. Body image disturbance and surgical decision making in Egyptian post menopausal breast cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology* 2009, 7:66.
- Takahashi, M., Ohno, S., Inoue, H., Kataoka, A., Yamaguchi, H., Uchida, Y., Oshima, A., Abiru, K., Ono, K., Noguchi, R., Kail, I. 2008. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psycho-Onchology* 17: 901-907.
- Teixeira, J.A. 2007. *Psicologia da Saúde*. In I. Trindade & J. A. Carvalho (Eds.), *Psicologia nos cuidados de Saúde Primários* (pp. 17-40). Lisboa: Climepsi.
- Traeen, B. 2008. When sex becomes a duty. *Sexual and Relationship Therapy* Vol. 23, No. 1, 61–84.
- This, P., Lachowsky, M. 2008. Après un cancer gynécologique, comment bien vivre sa sexualité? *Oncologie*, 10: 250-253
- Vistad, I., Fossa, S.D., Kristensen, G.B., Mykletun, A., Dahal, A. 2007. The Sexual Activity Questionnaire: Psychometric Properties and Normative Data in a Norwegian Population Sample. *Journal of Women's Health* Volume 16, No.1.
- Wilkinson, S. 2008. Mujeres feministas en lucha contra el cáncer de mama: Lo personal y lo político. *Anuário de Psicologia*, 39(1), 9-22.
- Zee, B., Huang, C., Mak, S., Wong, J., Chan, E., Yeo, W. 2008. Factors related to sexual health in Chinese women with breast cancer in Hong Kong. *Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology* 2008; 4: 218–226.

ANEXOS

Materiais (Protocolo de Investigação)

Outputs Estatísticos

Consentimento Informado

Revisão teórica dos conceitos chave

ANEXO

MATERIAIS (PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO)

- . Questionário Sócio-Demográfico e Clínico construído por Patrício, A., Patrão, I. & Tapadinhas, A.R. (2011)

- . Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo” construída por Palhinhas, P., Tapadinhas, A.R. & Ribeiro, J. (2000)

- . Escala da Intimidade Emocional (EIS), construída por Sinclair (2005) e traduzida Tapadinhas, A.R., Refoios, S.M. & Mesquita, F. (2011)

- . Escala da Intimidade Física e Sexual (EIFS), construída por Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M. (2011)

- . Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres (SSS-W), construída por Meston & Trapnell (2005) e traduzida por Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M. (2011)

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico
(Patrício, A., Patrão, I. & Tapadinhas, A.R., 2011)

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO

Com este questionário pretendemos caracterizar a sua situação sócio-demográfica e história clínica. Não existem respostas certas ou erradas. O questionário é anónimo.

- IDADE: anos

- ESCOLARIDADE:

Sem escolaridade

	Frequência	Conclusão
1º Ciclo do Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2º Ciclo do Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º Ciclo do Ensino Básico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Secundário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ensino Superior	Curso: <input type="text"/>	
Frequência	<input type="checkbox"/>	Licenciatura <input type="checkbox"/>
	Mestrado <input type="checkbox"/>	Doutoramento <input type="checkbox"/>

- EXISTÊNCIA ACTUAL DE RELACIONAMENTO AFECTIVO/SEXUAL? Sim Não

ORIENTAÇÃO SEXUAL Heterossexual Homossexual Bissexual

DURAÇÃO DO RELACIONAMENTO AFECTIVO SEXUAL meses anos

ESTADO CIVIL:

Solteira União de Facto Casada Separada Divorciada Viúva

N.º de Filhos:

- SITUAÇÃO FACE AO EMPREGO:

Desempregada Empregada Profissão:

Full Time Part Time

Doméstica

Reformada

- SITUAÇÃO CLÍNICA:

Quimioterapia Sim Não Duração: Concluída em

Radioterapia Sim Não Duração: Concluída em

Tratamento Hormonal Sim Não Duração: Concluída em

Outro Tipo de Tratamento: Duração: Concluída em

Intervenção Cirúrgica Sim Não Data em que foi realizada:

Tipo de Intervenção Cirúrgica:

Intervenção em UMA mama

Intervenção em DUAS mamas

Após tratamento já teve filhos? Sim Não Se respondeu "Sim", quanto tempo depois?

Para além desta doença, vivenciou outro acontecimento stressante na sua vida? Sim Não
(por exemplo: pessoal, de saúde, familiar, profissional, etc.)

Se respondeu "Sim", que tipo de acontecimento?

Alguma vez recorreu a acompanhamento psicológico? Sim Não

Obrigado pela sua participação

Enviar e-mail

**Escala de Imagem Corporal “Como me relaciono com o meu corpo”
(Palhinhas, P., Tapadinhas, A.R. & Ribeiro, J., 2000)**

COMO ME RELACIONO COM O MEU CORPO

Com estas questões pretendemos saber como valoriza o seu corpo e a sua aparência. Leia cuidadosamente cada um dos itens e coloque uma cruz na alternativa de resposta que mais se adequa ao que sente.

Em que medida concorda com as seguintes afirmações:

PERGUNTAS	Não Concordo	Concordo Pouco	Concordo Moderadamente	Concordo Bastante
1. Considero que o meu corpo é uma expressão do "ser feminina".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O corpo é importante na relação entre o homem e a mulher.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sinto-me capaz de afirmar que gosto do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O meu parceiro gosta do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olho com agrado para o meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Valorizo a imagem do meu corpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

Obrigado pela sua colaboração

Enviar e-mail

Escala da Intimidade Emocional (EIS)

(Sinclair, 2005. trad. Tapadinhas, A.R., Refoios, S.M. & Mesquita, F., 2011)

ESCALA DE INTIMIDADE EMOCIONAL

As afirmações seguintes referem-se à intimidade emocional. Por favor responda a cada afirmação indicando o quanto concorda ou discorda com cada uma delas. Não existem respostas certas ou erradas. Pense no namorado, marido, parceiro sexual, marque com X o seu grau de concordância com as afirmações, de acordo com a seguinte escala:

	1	2	3	4	5
	Discordo Completamente	Discordo	Nem Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente
PERGUNTAS					
1. Esta pessoa aceita-me completamente tal como sou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Posso partilhar abertamente os meus pensamentos mais profundos e os sentimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Esta pessoa preocupa-se profundamente comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Esta pessoa estaria disposta a ajudar-me de qualquer forma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os pensamentos e sentimentos são compreendidos e validados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Enviar e-mail

Escala da Intimidade Física e Sexual (EIFS)
(Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M., 2011)

ESCALA DE INTIMIDADE FÍSICA E SEXUAL

Nos últimos 6 meses, com que frequência teve cada uma das práticas abaixo descritas, utilizando a seguinte escala:

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 0. Nunca | 5. 2 a 3 vezes por semana |
| 1. Menos de 1 vez por mês | 6. 4 a 6 vezes por semana |
| 2. 1 vez por mês | 7. 1 vez por dia |
| 3. 1 vez de 15 em 15 dias | 8. Mais de uma vez por dia |
| 4. 1 vez por semana | |

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Beijar o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ser beijada pelo meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Acariciar o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ser acariciada pelo meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olhar profundamente nos olhos do meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. O meu parceiro olhar-me profundamente nos olhos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tomar banho com o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Massajar o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ser massajada pelo meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dançar com o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Dar as mãos ao meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Despir-me em frente ao meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. O meu parceiro despir-se à minha frente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Conversar com o meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Observar o meu parceiro a despir-se.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Ser observada pelo meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Descansar a cabeça nos ombros ou no peito do meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. O meu parceiro descansar a cabeça no meu ombro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Agradar ao meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. O meu parceiro agradecer-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Afagar o cabelo do meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. O meu parceiro afagar o meu cabelo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Sentar encostada ao meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. O meu parceiro sentar-se encostado a mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Tocar as partes íntimas do meu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. O meu parceiro tocar nas minhas partes íntimas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE INTIMIDADE FÍSICA E SEXUAL

Nos últimos 6 meses, com que frequência teve cada uma das práticas abaixo descritas, utilizando a seguinte escala:

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 0. Nunca | 5. 2 a 3 vezes por semana |
| 1. Menos de 1 vez por mês | 6. 4 a 6 vezes por semana |
| 2. 1 vez por mês | 7. 1 vez por dia |
| 3. 1 vez de 15 em 15 dias | 8. Mais de uma vez por dia |
| 4. 1 vez por semana | |

	0	1	2	3	4	5	6	7	8
27. Coito pénis-vagina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Sexo oral (<i>Cunnilingus</i>) - o seu parceiro acariciar com a língua/boca os seus genitais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sexo oral (<i>Fellatio</i>) - boca/língua nos genitais do seu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Sexo anal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Masturbação com o seu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Masturbação sem o seu parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sentir desejo sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Comunicar ao seu parceiro os seus desejos e necessidades <u>diárias</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. O seu parceiro comunicar-lhe os seus desejos e necessidades <u>diárias</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Comunicar ao seu parceiro os seus desejos e necessidades <u>sexuais</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. O seu parceiro comunicar-lhe os seus desejos e necessidades <u>sexuais</u> .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

[EIFS, Refoios, S.M. & Tapadinhas, A.R. (2011)]

Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres (SSS-W)
(Meston & Trapnell, 2005, trad. Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M., 2011)

ESCALA DA SATISFAÇÃO SEXUAL NAS MULHERES

As afirmações seguintes referem-se à satisfação sexual nas mulheres. Por favor responda a cada afirmação indicando em que medida concorda ou discorda. Marque com um X assinalando o seu grau de concordância nestas afirmações, de acordo com a escala apresentada.

	1	2	3	4	5
	Discordo Completamente	Discordo	Nem Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente
	1	2	3	4	5
1. Sinto-me satisfeita com a forma da minha vida sexual actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Frequentemente sinto que falta algo na minha vida sexual actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Frequentemente sinto que não tenho intimidade/proximidade emocional suficiente na minha vida sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sinto-me satisfeita com a frequência com que tenho intimidade sexual (beijar, actividade sexual/ relações sexuais, etc.) na minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Não tenho nenhum problema ou preocupação importante sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. De uma forma geral, como caracteriza o grau de satisfação da sua presente vida sexual.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Frequentemente o meu parceiro coloca-se na defensiva quando tento conversar sobre sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu e o meu parceiro não conversamos sobre sexo de forma suficientemente aberta, entre nós, ou não conversamos sobre sexo com a frequência suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Geralmente sinto-me completamente confortável sempre que o meu parceiro quer conversar sobre sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. O meu parceiro geralmente sente-se completamente confortável sempre que quero falar sobre sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Não tenho dificuldade em falar sobre os meus sentimentos mais profundos e emoções, sempre que o meu parceiro quer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O meu parceiro não tem dificuldade em falar sobre os seus sentimentos mais profundos e emoções, sempre que eu quero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Frequentemente sinto que o meu parceiro não é sensível ou não está suficientemente atento aos meus desejos e gostos sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Frequentemente sinto que eu e o meu parceiro não somos suficientemente compatíveis sexualmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Frequentemente sinto que as crenças e atitudes do meu parceiro sobre sexo são muito diferentes das minhas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Às vezes penso que eu e o meu parceiro somos incompatíveis, nas necessidades e desejos sobre a intimidade sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Às vezes sinto que eu e o meu parceiro podemos não estar fisicamente suficientemente atraídos um pelo outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Às vezes penso que eu e o meu parceiro somos incompatíveis nos nossos estilos e preferências sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Preocupa-me que o meu parceiro possa ficar frustrado com as minhas dificuldades sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Preocupa-me que as minhas dificuldades sexuais possam afectar negativamente a minha relação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Preocupa-me que o meu parceiro possa ter uma aventura relacional devido às minhas dificuldades sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

ESCALA DA SATISFAÇÃO SEXUAL NAS MULHERES

As afirmações seguintes referem-se à satisfação sexual nas mulheres. Por favor responda a cada afirmação indicando em que medida concorda ou discorda. Marque com um X assinalando o seu grau de concordância nestas afirmações, de acordo com a escala apresentada.

	1	2	3	4	5
	Discordo Completamente	Discordo	Nem Concordo nem Discordo	Concordo	Concordo Completamente
22. Preocupa-me que o meu parceiro esteja sexualmente insatisfeito.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Preocupa-me que o meu parceiro me veja como menos mulher devido às minhas dificuldades sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Sinto que desapontei o meu parceiro por ter dificuldades sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. As minhas dificuldades sexuais são frustrantes para mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. As minhas dificuldades sexuais fazem-me sentir sexualmente insatisfeita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Preocupa-me que as minhas dificuldades sexuais possam levar-me a procurar satisfação sexual fora do relacionamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Estou tão angustiada com as minhas dificuldades sexuais que isso afecta a maneira como me sinto a mim própria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Estou tão angustiada com as minhas dificuldades sexuais que isso afecta o meu bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. As minhas dificuldades sexuais incomodam-me e irritam-me.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

Nota *: Na questão N.º 6 em que se pretende saber, no geral, quão satisfatória ou insatisfatória é a sua vida sexual actual, responda de acordo com a escala que se segue:

- | | |
|--------------------------|----|
| Completamente Satisfeita | 1. |
| Muito Satisfeita | 2. |
| Razoavelmente Satisfeita | 3. |
| Pouco Satisfeita | 4. |
| Nada Satisfeita | 5. |

Enviar e-mail

[SSS-W; Meston & Trapnell (2005); Tradução: Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M. (2011)]

ANEXO

OUTPUTS ESTADÍSTICOS

ALPHA DE CRONBACH

Relacionamento com o corpo

RELIABILITY

```
/VARIABLES=IMAGCORP1a IMAGCORP2a IMAGCORP3a IMAGCORP4a IMAGCORP5a IMAGCORP6a IMAGCORP7a IMAGCORP1b IMAGCORP2b IMAGCORP3b IMAGCORP4b IMAGCORP5b IMAGCORP6b IMAGCORP7b
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA.
```

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	50	94,3
	Excluded a	3	5,7
	Total	53	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,680	14

ALPHA DE CRONBACH

Intimidade Emocional

RELIABILITY

/VARIABLES=INTEMOC1 INTEMOC2 INTEMOC3 INTEMOC4 INTEMOC5

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	50	94,3
	Excluded a	3	5,7
	Total	53	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,918	5

ALPHA DE CRONBACH

Intimidade Física e Sexual

RELIABILITY

```
/VARIABLES=INTFisSex1 INTFisSex2 INTFisSex3 INTFisSex4 INTFisSex5 INTFisSex6 INTFisSex7 INTFisSex8 INTFisSex9 INTFisSex10 INTFisSex11 INTFisSex12 INTFisSex13 INTFisSex14 INTFisSex15 INTFisSex16 INTFisSex17 INTFisSex18 INTFisSex19 INTFisSex20 INTFisSex21
```

```
INTFisSex22 INTFisSex23 INTFisSex24 INTFisSex25 INTFisSex26 INTFisSex27 INTFisSex28 INTFisSex29 INTFisSex30 INTFisSex31 INTFisSex32 INTFisSex33 INTFisSex34 INTFisSex35 INTFisSex36 INTFisSex37
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA.
```

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	50	94,3
	Excluded a	3	5,7
	Total	53	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,973	35

ALPHA DE CRONBACH

Satisfação Sexual

RELIABILITY

```
/VARIABLES=SATSexMul1 SATSexMul2 SATSexMul3 SATSexMul4 SATSexMul5 SATSexMul6 SATSexMul7 SATSexMul8 SATSexMul9 SATSexMul10 SATSexMul11 SATSexMul12 SATSexMul13 SATSexMul14 SATSexMul15 SATSexMul16 SATSexMul17 SATSexMul18 SATSexMul19 SATSexMul20 SATSexMul21 SATSexMul22 SATSexMul23 SATSexMul24 SATSexMul25 SATSexMul26 SATSexMul27 SATSexMul28 SATSexMul29 SATSexMul30
```

```
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
```

```
/MODEL=ALPHA
```

```
/SUMMARY=TOTAL.
```

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	50	94,3
	Excluded a	3	5,7
	Total	53	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,798	30

VARIÁVEIS CLÍNICAS

Dados descritivos

FREQUENCIES VARIABLES=Quimioterap Radioterap TratHormonal OutroTratam Cirurgia
/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

		Statistics				
		Quimioterapia	Radioterapia	Tratamento Hormonal	Realização de outro tratamento.	Intervenção Cirurgica
N	Valid	53	53	53	53	53
	Missing	0	0	0	0	0

Frequency Table

		Quimioterapia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	43	81,1	81,1	81,1
	2 Não	10	18,9	18,9	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

		Radioterapia			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	47	88,7	88,7	88,7
	2 Não	6	11,3	11,3	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Tratamento Hormonal

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	45	84,9	84,9	84,9
	2 Não	8	15,1	15,1	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Realização de outro tratamento.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Sim	3	5,7	5,7	5,7
	2 Não	50	94,3	94,3	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

Intervenção Cirurgica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 Não	1	1,9	1,9	1,9
	2 TumorectUmaMama	16	30,2	30,2	32,1
	3 TumorectDuasMamas	1	1,9	1,9	34,0
	4 MastectUmaMama	30	56,6	56,6	90,6
	5 MastectDuasMamas	5	9,4	9,4	100,0
	Total	53	100,0	100,0	

IMAGEM CORPORAL
Correlações

Correlations

Correlations

		Índice de Intimidade Emocional	Valorizo a imagem do meu corpo.	Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam.	Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência.
Índice de Intimidade Emocional	Pearson Correlation	1	,336**	-,020	-,413**
	Sig. (1-tailed)		,009	,444	,001
	N	50	50	50	50
Valorizo a imagem do meu corpo.	Pearson Correlation	,336**	1	,582**	-,451**
	Sig. (1-tailed)	,009		,000	,000
	N	50	53	53	53
Procuro disfarçar aspectos do meu corpo que não me agradam.	Pearson Correlation	-,020	,582**	1	-,101
	Sig. (1-tailed)	,444	,000		,236
	N	50	53	53	53
Tenho-me sentido inibida em relação à minha aparência.	Pearson Correlation	-,413**	-,451**	-,101	1
	Sig. (1-tailed)	,001	,000	,236	
	N	50	53	53	53
Sinto-me menos atraente fisicamente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.	Pearson Correlation	-,346**	-,500**	-,117	,784**
	Sig. (1-tailed)	,007	,000	,201	,000
	N	50	53	53	53
Tenho-me sentido menos feminina, como resultado da minha doença e/ou tratamento.	Pearson Correlation	-,284*	-,343**	-,008	,626**
	Sig. (1-tailed)	,023	,006	,477	,000
	N	50	53	53	53
Tenho-me sentido menos atraente sexualmente, como resultado da minha doença e/ou tratamento.	Pearson Correlation	-,468**	-,306*	,113	,625**
	Sig. (1-tailed)	,000	,013	,210	,000
	N	50	53	53	53

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

INTIMIDADE EMOCIONAL / VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

D.1 QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO E CLÍNICO: ITEM RELATIVO À DURAÇÃO DO RELACIONAMENTO AFECTIVO SEXUAL.

Hipóteses

H₀: O índice de intimidade emocional e a duração da relação afectivo sexual são variáveis independentes.

H₁: As variáveis índice de intimidade emocional e a duração da relação afectivo sexual estão relacionadas.

Correlations

		Nº de Meses de relacionamento afectivo/sexual	Índice de Intimidade Emocional
Nº de Meses de relacionamento afectivo/sexual	Pearson Correlation	1	,069
	Sig. (1-tailed)		,317
	N	53	50
Índice de Intimidade Emocional	Pearson Correlation	,069	1
	Sig. (1-tailed)	,317	
	N	50	50

DESCRIPTIVES VARIABLES=DuraRSex
 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Nº de Meses de relacionamento afectivo/sexual	53	0	636	154,96	169,041
Valid N (listwise)	53				

CORRELATIONS
 /VARIABLES=DuraRSex Ind_IntEmocional
 /PRINT=ONETAIL NOSIG
 /MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Correlations			
		Nº de Meses de relacionamento afectivo/sexual	Indice de Intimidade Emocional
Nº de Meses de relacionamento afectivo/sexual	Pearson Correlation	1	,069
	Sig. (1-tailed)		,317
	N	53	50
Indice de Intimidade Emocional	Pearson Correlation	,069	1
	Sig. (1-tailed)	,317	
	N	50	50

INTIMIDADE EMOCIONAL / VARIÁVEIS CLÍNICAS

MEANS TABLES=Ind_IntEmocional BY Cirurgia
/CELLS MEAN COUNT STDDEV
/STATISTICS ANOVA.

Means

Case Processing Summary						
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Índice de Intimidade Emocional * Intervenção Cirúrgica	50	94,3%	3	5,7%	53	100,0%

Report

Índice de Intimidade Emocional

Intervenção Cirúrgica	Mean	N	Std. Deviation
1 Não	4,6000	1	.
2 TumorectUmaMama	4,3125	16	,68105
3 TumorectDuasMamas	4,4000	1	.
4 MastectUmaMama	4,2429	28	,67847
5 MastectDuasMamas	4,5000	4	,66332
Total	4,2960	50	,65558

ANOVA Table

		Sum of Squares	df	Mean Square	F
Índice de Intimidade Emocional *	Between Groups (Combined)	,353	4	,088	,192
Intervenção Cirúrgica	Within Groups	20,706	45	,460	
	Total	21,059	49		

Measures of Association

	Eta	Eta Squared
Índice de Intimidade Emocional * Intervenção Cirúrgica	,129	,017

INTIMIDADE FÍSICA E SEXUAL
Dados descritivos

Frequency Table

		Beijar o meu parceiro.			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 1 vez por mês	2	3,8	4,0	4,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	10,0
	5 2 a 3 vezes por semana	3	5,7	6,0	16,0
	6 4 a 6 vezes por semana	8	15,1	16,0	32,0
	7 1 vez por dia	14	26,4	28,0	60,0
	8 Mais de 1 vez por dia	20	37,7	40,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

		Ser beijada pelo meu parceiro.			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 menos de 1 vez por mês	1	1,9	2,0	2,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	1	1,9	2,0	4,0
	4 1 vez por semana	5	9,4	10,0	14,0
	5 2 a 3 vezes por semana	3	5,7	6,0	20,0
	6 4 a 6 vezes por semana	6	11,3	12,0	32,0
	7 1 vez por dia	14	26,4	28,0	60,0
	8 Mais de 1 vez por dia	20	37,7	40,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Acariciar o meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 menos de 1 vez por mês	2	3,8	4,0	4,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	6,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	1	1,9	2,0	8,0
	4 1 vez por semana	7	13,2	14,0	22,0
	5 2 a 3 vezes por semana	7	13,2	14,0	36,0
	6 4 a 6 vezes por semana	12	22,6	24,0	60,0
	7 1 vez por dia	10	18,9	20,0	80,0
	8 Mais de 1 vez por dia	10	18,9	20,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Ser acariciada pelo meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 menos de 1 vez por mês	2	3,8	4,0	4,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	6,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	2	3,8	4,0	10,0
	4 1 vez por semana	10	18,9	20,0	30,0
	5 2 a 3 vezes por semana	3	5,7	6,0	36,0
	6 4 a 6 vezes por semana	14	26,4	28,0	64,0
	7 1 vez por dia	7	13,2	14,0	78,0
	8 Mais de 1 vez por dia	11	20,8	22,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Olhar profundamente nos olhos do meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	1 menos de 1 vez por mês	1	1,9	2,0	4,0
	2 1 vez por mês	2	3,8	4,0	8,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	1	1,9	2,0	10,0
	4 1 vez por semana	5	9,4	10,0	20,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	36,0
	6 4 a 6 vezes por semana	14	26,4	28,0	64,0
	7 1 vez por dia	10	18,9	20,0	84,0
	8 Mais de 1 vez por dia	8	15,1	16,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

O meu parceiro olhar-me profundamente nos olhos.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	3	5,7	6,0	6,0
	2 1 vez por mês	2	3,8	4,0	10,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	2	3,8	4,0	14,0
	4 1 vez por semana	8	15,1	16,0	30,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	46,0
	6 4 a 6 vezes por semana	9	17,0	18,0	64,0
	7 1 vez por dia	11	20,8	22,0	86,0
	8 Mais de 1 vez por dia	7	13,2	14,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Tomar banho com o meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	29	54,7	58,0	58,0
	1 menos de 1 vez por mês	6	11,3	12,0	70,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	78,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	86,0
	4 1 vez por semana	5	9,4	10,0	96,0
	8 Mais de 1 vez por dia	2	3,8	4,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Massajar o meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	18	34,0	36,0	36,0
	1 menos de 1 vez por mês	17	32,1	34,0	70,0
	2 1 vez por mês	5	9,4	10,0	80,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	5	9,4	10,0	90,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	96,0
	6 4 a 6 vezes por semana	1	1,9	2,0	98,0
	8 Mais de 1 vez por dia	1	1,9	2,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Ser massajada pelo meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	18	34,0	36,0	36,0
	1 menos de 1 vez por mês	13	24,5	26,0	62,0
	2 1 vez por mês	5	9,4	10,0	72,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	7	13,2	14,0	86,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	92,0
	5 2 a 3 vezes por semana	1	1,9	2,0	94,0
	6 4 a 6 vezes por semana	1	1,9	2,0	96,0
	8 Mais de 1 vez por dia	2	3,8	4,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Dar as mãos ao meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	2	3,8	4,0	4,0
	1 menos de 1 vez por mês	4	7,5	8,0	12,0
	2 1 vez por mês	2	3,8	4,0	16,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	6	11,3	12,0	28,0
	4 1 vez por semana	10	18,9	20,0	48,0
	5 2 a 3 vezes por semana	5	9,4	10,0	58,0
	6 4 a 6 vezes por semana	7	13,2	14,0	72,0
	7 1 vez por dia	7	13,2	14,0	86,0
	8 Mais de 1 vez por dia	7	13,2	14,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Dançar com o meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	19	35,8	38,0	38,0
	1 menos de 1 vez por mês	14	26,4	28,0	66,0
	2 1 vez por mês	5	9,4	10,0	76,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	3	5,7	6,0	82,0
	4 1 vez por semana	6	11,3	12,0	94,0
	5 2 a 3 vezes por semana	2	3,8	4,0	98,0
	6 4 a 6 vezes por semana	1	1,9	2,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Despir-me em frente ao meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	1	1,9	2,0	4,0
	4 1 vez por semana	1	1,9	2,0	6,0
	5 2 a 3 vezes por semana	2	3,8	4,0	10,0
	6 4 a 6 vezes por semana	10	18,9	20,0	30,0
	7 1 vez por dia	19	35,8	38,0	68,0
	8 Mais de 1 vez por dia	16	30,2	32,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

O meu parceiro despir-se à minha frente.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	4 1 vez por semana	1	1,9	2,0	4,0
	5 2 a 3 vezes por semana	1	1,9	2,0	6,0
	6 4 a 6 vezes por semana	7	13,2	14,0	20,0
	7 1 vez por dia	24	45,3	48,0	68,0
	8 Mais de 1 vez por dia	16	30,2	32,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Conversar com o meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4 1 vez por semana	1	1,9	2,0	2,0
	5 2 a 3 vezes por semana	4	7,5	8,0	10,0
	6 4 a 6 vezes por semana	8	15,1	16,0	26,0
	7 1 vez por dia	23	43,4	46,0	72,0
	8 Mais de 1 vez por dia	14	26,4	28,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Observar o meu parceiro a despir-se.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	1 menos de 1 vez por mês	3	5,7	6,0	8,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	10,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	3	5,7	6,0	16,0
	4 1 vez por semana	2	3,8	4,0	20,0
	5 2 a 3 vezes por semana	11	20,8	22,0	42,0
	6 4 a 6 vezes por semana	16	30,2	32,0	74,0
	7 1 vez por dia	9	17,0	18,0	92,0
	8 Mais de 1 vez por dia	4	7,5	8,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Ser observada pelo meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	1 menos de 1 vez por mês	1	1,9	2,0	4,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	6,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	14,0
	4 1 vez por semana	4	7,5	8,0	22,0
	5 2 a 3 vezes por semana	6	11,3	12,0	34,0
	6 4 a 6 vezes por semana	19	35,8	38,0	72,0
	7 1 vez por dia	9	17,0	18,0	90,0
	8 Mais de 1 vez por dia	5	9,4	10,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Descansar a cabeça nos ombros ou no peito do meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 menos de 1 vez por mês	3	5,7	6,0	6,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	14,0
	4 1 vez por semana	4	7,5	8,0	22,0
	5 2 a 3 vezes por semana	14	26,4	28,0	50,0
	6 4 a 6 vezes por semana	11	20,8	22,0	72,0
	7 1 vez por dia	9	17,0	18,0	90,0
	8 Mais de 1 vez por dia	5	9,4	10,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

O meu parceiro descansar a cabeça no meu ombro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	3	5,7	6,0	6,0
	1 menos de 1 vez por mês	5	9,4	10,0	16,0
	2 1 vez por mês	5	9,4	10,0	26,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	6	11,3	12,0	38,0
	4 1 vez por semana	5	9,4	10,0	48,0
	5 2 a 3 vezes por semana	9	17,0	18,0	66,0
	6 4 a 6 vezes por semana	9	17,0	18,0	84,0
	7 1 vez por dia	5	9,4	10,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Agradar ao meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 1 vez por mês	3	5,7	6,0	6,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	1	1,9	2,0	8,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	14,0
	5 2 a 3 vezes por semana	7	13,2	14,0	28,0
	6 4 a 6 vezes por semana	11	20,8	22,0	50,0
	7 1 vez por dia	13	24,5	26,0	76,0
	8 Mais de 1 vez por dia	12	22,6	24,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

O meu parceiro agradecer-me.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 menos de 1 vez por mês	1	1,9	2,0	2,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	10,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	16,0
	5 2 a 3 vezes por semana	9	17,0	18,0	34,0
	6 4 a 6 vezes por semana	11	20,8	22,0	56,0
	7 1 vez por dia	13	24,5	26,0	82,0
	8 Mais de 1 vez por dia	9	17,0	18,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Afagar o cabelo do meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 menos de 1 vez por mês	5	9,4	10,0	10,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	18,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	5	9,4	10,0	28,0
	4 1 vez por semana	7	13,2	14,0	42,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	58,0
	6 4 a 6 vezes por semana	13	24,5	26,0	84,0
	7 1 vez por dia	4	7,5	8,0	92,0
	8 Mais de 1 vez por dia	4	7,5	8,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

O meu parceiro afagar o meu cabelo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	6	11,3	12,0	12,0
	1 menos de 1 vez por mês	6	11,3	12,0	24,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	26,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	7	13,2	14,0	40,0
	4 1 vez por semana	7	13,2	14,0	54,0
	5 2 a 3 vezes por semana	5	9,4	10,0	64,0
	6 4 a 6 vezes por semana	12	22,6	24,0	88,0
	7 1 vez por dia	3	5,7	6,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Sentar encostada ao meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	4,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	10,0
	5 2 a 3 vezes por semana	10	18,9	20,0	30,0
	6 4 a 6 vezes por semana	16	30,2	32,0	62,0
	7 1 vez por dia	16	30,2	32,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

O meu parceiro sentar-se encostado a mim.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	4,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	2	3,8	4,0	8,0
	4 1 vez por semana	2	3,8	4,0	12,0
	5 2 a 3 vezes por semana	9	17,0	18,0	30,0
	6 4 a 6 vezes por semana	17	32,1	34,0	64,0
	7 1 vez por dia	15	28,3	30,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Tocar as partes íntimas do meu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	10,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	18,0
	4 1 vez por semana	11	20,8	22,0	40,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	56,0
	6 4 a 6 vezes por semana	15	28,3	30,0	86,0
	7 1 vez por dia	4	7,5	8,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

O meu parceiro tocar nas minhas partes íntimas.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	10,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	3	5,7	6,0	16,0
	4 1 vez por semana	12	22,6	24,0	40,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	56,0
	6 4 a 6 vezes por semana	15	28,3	30,0	86,0
	7 1 vez por dia	4	7,5	8,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Coito pénis-vagina.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	1	1,9	2,0	2,0
	1 menos de 1 vez por mês	1	1,9	2,0	4,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	12,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	8	15,1	16,0	28,0
	4 1 vez por semana	8	15,1	16,0	44,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	60,0
	6 4 a 6 vezes por semana	13	24,5	26,0	86,0
	7 1 vez por dia	4	7,5	8,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Sexo oral (Cunnilingus) - o seu parceiro acariciar com a língua/boca os seus genitais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	11	20,8	22,0	22,0
	1 menos de 1 vez por mês	6	11,3	12,0	34,0
	2 1 vez por mês	3	5,7	6,0	40,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	7	13,2	14,0	54,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	60,0
	5 2 a 3 vezes por semana	6	11,3	12,0	72,0
	6 4 a 6 vezes por semana	11	20,8	22,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Sexo oral (Fellatio) - boca/língua nos genitais do seu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	10	18,9	20,0	20,0
	1 menos de 1 vez por mês	7	13,2	14,0	34,0
	2 1 vez por mês	3	5,7	6,0	40,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	48,0
	4 1 vez por semana	6	11,3	12,0	60,0
	5 2 a 3 vezes por semana	7	13,2	14,0	74,0
	6 4 a 6 vezes por semana	10	18,9	20,0	94,0
	7 1 vez por dia	1	1,9	2,0	96,0
	8 Mais de 1 vez por dia	2	3,8	4,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Sexo anal.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	26	49,1	52,0	52,0
	1 menos de 1 vez por mês	4	7,5	8,0	60,0
	2 1 vez por mês	2	3,8	4,0	64,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	3	5,7	6,0	70,0
	4 1 vez por semana	6	11,3	12,0	82,0
	5 2 a 3 vezes por semana	5	9,4	10,0	92,0
	6 4 a 6 vezes por semana	4	7,5	8,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Masturbação com o seu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	17	32,1	34,0	34,0
	1 menos de 1 vez por mês	4	7,5	8,0	42,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	50,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	58,0
	4 1 vez por semana	6	11,3	12,0	70,0
	5 2 a 3 vezes por semana	4	7,5	8,0	78,0
	6 4 a 6 vezes por semana	11	20,8	22,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Masturbação sem o seu parceiro.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	27	50,9	54,0	54,0
	1 menos de 1 vez por mês	11	20,8	22,0	76,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	84,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	92,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	98,0
	7 1 vez por dia	1	1,9	2,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Sentir desejo sexual...

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 1 vez por mês	7	13,2	14,0	14,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	11	20,8	22,0	36,0
	4 1 vez por semana	4	7,5	8,0	44,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	60,0
	6 4 a 6 vezes por semana	11	20,8	22,0	82,0
	7 1 vez por dia	7	13,2	14,0	96,0
	8 Mais de 1 vez por dia	2	3,8	4,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

Comunicar ao seu parceiro os seus desejos e necessidades diárias.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	2	3,8	4,0	4,0
	1 menos de 1 vez por mês	4	7,5	8,0	12,0
	2 1 vez por mês	3	5,7	6,0	18,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	1	1,9	2,0	20,0
	4 1 vez por semana	1	1,9	2,0	22,0
	5 2 a 3 vezes por semana	5	9,4	10,0	32,0
	6 4 a 6 vezes por semana	12	22,6	24,0	56,0
	7 1 vez por dia	15	28,3	30,0	86,0
	8 Mais de 1 vez por dia	7	13,2	14,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

O seu parceiro comunicar-lhe os seus desejos e necessidades diárias.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	2	3,8	4,0	4,0
	1 menos de 1 vez por mês	2	3,8	4,0	8,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	4	7,5	8,0	16,0
	4 1 vez por semana	3	5,7	6,0	22,0
	5 2 a 3 vezes por semana	9	17,0	18,0	40,0
	6 4 a 6 vezes por semana	12	22,6	24,0	64,0
	7 1 vez por dia	14	26,4	28,0	92,0
	8 Mais de 1 vez por dia	4	7,5	8,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

Comunica ao seu parceiro os seus desejos e necessidades sexuais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	3	5,7	6,0	6,0
	1 menos de 1 vez por mês	6	11,3	12,0	18,0
	2 1 vez por mês	4	7,5	8,0	26,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	2	3,8	4,0	30,0
	4 1 vez por semana	9	17,0	18,0	48,0
	5 2 a 3 vezes por semana	6	11,3	12,0	60,0
	6 4 a 6 vezes por semana	9	17,0	18,0	78,0
	7 1 vez por dia	8	15,1	16,0	94,0
	8 Mais de 1 vez por dia	3	5,7	6,0	100,0
Total	50	94,3	100,0		
Missing	9	3	5,7		
Total	53	100,0			

O seu parceiro comunicar-lhe os seus desejos e necessidades sexuais.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0 Nunca	2	3,8	4,0	4,0
	1 menos de 1 vez por mês	3	5,7	6,0	10,0
	2 1 vez por mês	1	1,9	2,0	12,0
	3 1 vez de 15 em 15 dias	3	5,7	6,0	18,0
	4 1 vez por semana	8	15,1	16,0	34,0
	5 2 a 3 vezes por semana	8	15,1	16,0	50,0
	6 4 a 6 vezes por semana	10	18,9	20,0	70,0
	7 1 vez por dia	11	20,8	22,0	92,0
	8 Mais de 1 vez por dia	4	7,5	8,0	100,0
	Total	50	94,3	100,0	
Missing	9	3	5,7		
Total		53	100,0		

SATISFAÇÃO SEXUAL

Dados descritivos

```

SuEsc_Satisf=MEAN(SATSexMul1,SATSexMul2,SATSexMul3,SATSexMul4,SATSexMul5,SATSexMul6).
VARIABLE LABELS SuEsc_Satisf 'Subescala Satisfação'.
EXECUTE.
COMPUTE
SuEsc_Com=MEAN(SATSexMul7,SATSexMul8,SATSexMul9,SATSexMul10,SATSexMul11,SATSexMul12)
.
VARIABLE LABELS SuEsc_Com 'Subescala Comunicação'.
EXECUTE.
COMPUTE
SuEsc_Comp=MEAN(INTFisSex13,INTFisSex14,INTFisSex15,INTFisSex16,INTFisSex17,INTFisSex18).
VARIABLE LABELS SuEsc_Comp 'Subescala Compatibilidade'.
EXECUTE.
COMPUTE
SuEsc_AspRel=MEAN(SATSexMul19,SATSexMul20,SATSexMul21,SATSexMul22,SATSexMul23,SATSex
Mul24).
VARIABLE LABELS SuEsc_AspRel 'Subescala Aspectos Relacionais - Interesse/ Preocupação/ Angústia'.
EXECUTE.
COMPUTE
SuEsc_Comp=MEAN(SATSexMul13,SATSexMul14,SATSexMul15,SATSexMul16,SATSexMul17,SATSexM
ul18).
VARIABLE LABELS SuEsc_Comp 'Subescala Compatibilidade'.
EXECUTE.
COMPUTE
SuEsc_AspPes=MEAN(SATSexMul25,SATSexMul26,SATSexMul27,SATSexMul28,SATSexMul29,SATSex
Mul30).
VARIABLE LABELS SuEsc_AspPes 'Subescala Aspectos Pessoais - Interesse/ Preocupação/ Angústia'.
EXECUTE.
DESCRIPTIVES VARIABLES=SuEsc_Satisf SuEsc_Com SuEsc_Comp SuEsc_AspRel SuEsc_AspPes
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

```

Descriptives

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Subescala Satisfação	51	2,33	5,00	3,1863	,42249
Subescala Comunicação	50	2,17	4,33	3,3600	,33224
Subescala Compatibilidade	50	1,00	3,83	1,9333	,68760
Subescala Aspectos Relacionais - Interesse/ Preocupação/ Angústia	50	1,00	4,83	2,9000	,87027
Subescala Aspectos Pessoais - Interesse/ Preocupação/ Angústia	51	1,00	4,50	2,0830	,94918
Valid N (listwise)	50				

SATISFAÇÃO SEXUAL / VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

MEANS TABLES=Ind_SatisfSexual BY RelacASex
 /CELLS MEAN COUNT STDDEV
 /STATISTICS ANOVA.

Means

Case Processing Summary						
	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Índice de Satisfação Sexual nas Mulheres * Existência actual de relacionamento afectivo/sexual?	51	96,2%	2	3,8%	53	100,0%

Report

Índice de Satisfação Sexual nas Mulheres			
Existência actual de relacionamento afectivo/sexual?			
	Mean	N	Std. Deviation
1 sim	2,6772	50	,39364
2 não	4,6250	1	.
Total	2,7154	51	,47565

ANOVA Table						
		Sum of Squares	df	Mean Square	F	
Índice de Sat. Sexual nas Mulheres * Existência actual de relacionamento afectivo/sexual?	Between Group (Combined)	3,719	1	3,719	24,003	
	Within Groups	7,593	49	,155		
	Total	11,312	50			

Measures of Association

	Eta	Eta Squared
Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres * Existência actual de relacionamento afectivo/sexual?	,573	,329

MEANS TABLES=Ind_SatisfSexual BY EstCiv
/CELLS MEAN COUNT STDDEV
/STATISTICS ANOVA .

Means

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres * Estado Civil	51	96,2%	2	3,8%	53	100,0%

Report

Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres

Estado Civil	Mean	N	Std. Deviation
1 com compromisso	2,6906	36	,36535
2 sem compromisso	2,7750	15	,68478
Total	2,7154	51	,47565

ANOVA Table

		Sum of Squares	df	Mean Square	F
Indice de Sat. Sexual nas Mulheres * Estado Civil	Between Groups (Combined)	,075	1	,075	,329
	Within Groups	11,237	49	,229	
	Total	11,312	50		

Measures of Association

	Eta	Eta Squared
Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres * Estado Civil	,082	,007

SATISFAÇÃO SEXUAL / VARIÁVEIS CLÍNICAS

* Custom Tables.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=Quimioterap Ind_SatisfSexual DISPLAY=DEFAULT

/TABLE Quimioterap BY Ind_SatisfSexual [MEAN]

/CATEGORIES VARIABLES=Quimioterap ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.

Custom Tables

		Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres
		Mean
Quimioterapia	1 Sim	2,72
	2 Não	2,69

* Custom Tables.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=Radioterap Ind_SatisfSexual DISPLAY=DEFAULT

/TABLE Radioterap BY Ind_SatisfSexual [S][MEAN]

/CATEGORIES VARIABLES=Radioterap ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.

Custom Tables

		Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres
		Mean
Radioterapia	1 Sim	2,74
	2 Não	2,46

* Custom Tables.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=TratHormonal Ind_SatisfSexual DISPLAY=DEFAULT

/TABLE TratHormonal BY Ind_SatisfSexual [S][MEAN]

/CATEGORIES VARIABLES=TratHormonal ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.

Custom Tables

		Indice de Satisfação Sexual nas Mulheres
		Mean
Tratamento Hormonal	1 Sim	2,71
	2 Não	2,78

* Custom Tables.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=OutroTratam Ind_SatisfSexual DISPLAY=DEFAULT

/TABLE OutroTratam BY Ind_SatisfSexual [S][MEAN]

/CATEGORIES VARIABLES=OutroTratam ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.

Custom Tables

		Índice de Satisfação Sexual nas Mulheres
		Mean
Realização de outro	1 Sim	3,45
tratamento.	2 Não	2,67

* Custom Tables.

CTABLES

/VLABELS VARIABLES=Cirurgia Ind_SatisfSexual DISPLAY=DEFAULT

/TABLE Cirurgia BY Ind_SatisfSexual [S][MEAN]

/CATEGORIES VARIABLES=Cirurgia ORDER=A KEY=VALUE EMPTY=INCLUDE.

Custom Tables

		Índice de Satisfação Sexual nas Mulheres
		Mean
Intervenção Cirurgica	1 Não	2,55
	2 TumorectUmaMama	2,60
	3 TumorectDuasMamas	2,07
	4 MastectUmaMama	2,81
	5 MastectDuasMamas	2,69

INTIMIDADE EMOCIONAL / SUBESCALAS DA SATISFAÇÃO SEXUAL
Correlações

CORRELATIONS

/VARIABLES=Ind_IntEmocional SuEsc_Com SuEsc_Comp SuEsc_AspRel
/PRINT=ONETAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

		Correlations			
		Índice de Intimidade Emocional	Subescala Comunicação	Subescala Compatibilidade	Sub. Aspectos Relacionais Interesse/ Preocupação/ Angústia
Índice de Intim. Emocional	Pearson Correlation	1	,444**	-,713**	-,388**
	Sig. (1-tailed)		,001	,000	,003
	N	50	50	50	50
Subescala Comunicação	Pearson Correlation	,444**	1	-,250*	-,071
	Sig. (1-tailed)	,001		,040	,312
	N	50	50	50	50
Subescala Compatibilidade	Pearson Correlation	-,713**	-,250*	1	,545**
	Sig. (1-tailed)	,000	,040		,000
	N	50	50	50	50
Subescala Aspectos Relacionais - Interesse/ Preocupação/ Angústia	Pearson Correlation	-,388**	-,071	,545**	1
	Sig. (1-tailed)	,003	,312	,000	
	N	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (1-tailed).

ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO

Alice Ermelinda da Fonseca Martinho Patrício, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia (Área de Psicologia Clínica) no Instituto Superior de Psicologia Aplicada / Instituto Universitário, com o número de inscrição 14286, pretende realizar, no âmbito do plano curricular do referido Mestrado Integrado, um trabalho de investigação junto de mulheres com cancro da mama, com idades entre os 25 e os 85 anos, que são utentes de consultas de oncologia e / ou que frequentem sessões de psicoterapia individual ou de grupo. Este trabalho de investigação, a ser apresentado em dissertação, reveste-se de carácter obrigatório para a conclusão do Mestrado. Assim e de acordo com os objectivos a atingir, pretende-se conhecer as percepções da mulher com cancro da mama, ao nível da satisfação e da intimidade sexual e, conseqüentemente, da imagem corporal, nas várias fases da doença, desde o diagnóstico à conclusão dos tratamentos e as suas implicações na relação com a própria, desta com o(a) parceiro(a) e na relação bidireccional entre parceiro(a) / doente. A signatária solicita a V. Exas. autorização para a aplicação de cinco (5) instrumentos de estudo, junto das vossas utentes: Questionário Sócio – Demográfico e Clínico (Patrício, Patrão e Tapadinhas, 2011), Escala de Imagem Corporal (Palhinhas et al. 2000), Escala da Intimidade Emocional (EIS) (Sinclair, 2005, traduzida por Tapadinhas et al. 2011), Escala da Intimidade Física e Sexual (EIFS) (Tapadinhas et al. 2011) e Escala da Satisfação Sexual nas Mulheres (SSS-W) (Meston & Trapnell, 2005 e traduzida por Tapadinhas, A.R. & Refoios, S.M., 2011). A organização das actividades será realizada em tempo útil, por contacto directo ou via e-mail com as pacientes.

A confidencialidade e a privacidade dos resultados obtidos será assegurada pelo anonimato da identificação das pacientes e não resultará quaisquer danos físicos ou psíquicos para as participantes incluídas. Os dados que nos forem fornecidos ficarão em local seguro e serão destinados apenas para fins de investigação, onde só a experimentadora e as Professoras Doutoras Ivone Patrão e Ana Rosa Tapadinhas, respectivamente Orientadora e Co-Orientadora desta investigação terão acesso.

Em caso de necessidade de informação adicional, disponibilizamos os seguintes endereços de e-mail:

alicemartinhopatricio@gmail.com (Alice Patrício, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia / Psicologia Clínica, ISPA); ivone_patrao@ispa.pt (Profª Doutora Ivone Patrão, docente do ISPA, orientadora da Dissertação); ana_tapadinhas@ispa.pt (Profª Doutora Ana Rosa Tapadinhas, docente do ISPA, co-orientadora da Dissertação)

Grata pela Vossa atenção e colaboração

Com os melhores cumprimentos.

A investigadora,
Alice Patrício

Data: 11 / 03 / 2011

ANEXO

REVISÃO TEÓRICA DOS CONCEITOS CHAVE

Considerações gerais sobre o cancro da mama e modalidades terapêuticas

No que se refere ao cancro da mama, ao seu prognóstico e tratamento, a doença constitui uma neoplasia maligna, que tem origem em células anormais dos tecidos da mama. O cancro pode ser: (1) Invasivo, quando as células cancerígenas se estendem à região em volta do foco maligno inicial ou à distância; (2) Não invasivo, também chamado *in situ*, quando as células cancerígenas ainda não alastraram. Existem diversos tipos de cancro da mama, conforme a natureza das células em que tiverem origem. O diagnóstico precoce e o tratamento atempado e adequado possibilitarão a cura ou um melhor prognóstico. A situação poderá, assim, ser controlada, mesmo em caso de recorrência da doença.

As modalidades terapêuticas são várias e, muitas vezes, cada doente é submetido a mais de uma, como por exemplo: cirurgia, radioterapia e/ou quimioterapia.

O tipo de cirurgia a que a doente poderá recorrer varia, igualmente, conforme o caso. Contudo estão previstas: (1) Cirurgia Conservadora (Tumorectomia ou Quadrantectomia), que consiste em retirar o tumor e tecido mamário envolvente (tumorectomia), com margem de segurança, ou retirar todo o quadrante onde se encontre o tumor (quadrantectomia). Associa-se a linfadenectomia axilar (extração dos gânglios linfáticos da axila do lado afectado); (2) Cirurgia Radical (Mastectomia), sendo que neste tipo de cirurgia retira-se toda a mama que estiver afectada pelo tumor e, ainda, os gânglios linfáticos da axila do lado afectado. Tanto para a cirurgia conservadora como para a cirurgia radical existe um (novo) método para detecção de células cancerígenas nos gânglios linfáticos, chamado biópsia do gânglio sentinela em que nesta operação, um cirurgião especialmente treinado remove apenas alguns gânglios linfáticos, em vez de remover um número muito superior de gânglios axilares, diminuindo a possibilidade de desenvolver edema linfático. De referir ainda que para o cancro da mama em estadio I e II (localizado ou localmente avançado), verifica-se que a taxa de sobrevivência é igual, para a cirurgia conservadora (complementada com radioterapia) e para mastectomia; (3) Cirurgia reconstrutiva, que visa a reconstrução mamária, criando uma forma de mama tão normal quanto possível e que pode ser realizada durante a intervenção cirúrgica

para extrair e curar o cancro mamário ou ser diferida para alguns meses ou anos mais tarde. Na reconstrução da mama, podem ser usados vários procedimentos. Algumas pessoas escolhem fazer implantes, salinos ou de silicone. Esta reconstrução também pode ser feita com tecido retirado de outra parte do corpo (pele, músculo e gordura podem ser transferidos da barriga, costas ou nádegas para o peito), cabendo ao cirurgião plástico esta tarefa bem como a explicação dos riscos e benefícios de cada opção de reconstrução, dependendo da idade da mulher, do tipo de corpo, ou do tipo de cirurgia que fez. Estas situações são discutidas e analisadas caso a caso.

Entre os tratamentos possíveis contam-se: (1) Quimioterapia, que consiste na administração de medicamentos, sob a forma de injeções ou comprimidos destinados a destruir as células que já estão afectadas e que podem circular por todo o organismo, bem como a impedir o aparecimento de novas células cancerígenas; (2) Radioterapia, que consiste na aplicação de radiações para destruir as células tumorais, incidindo-se sobre a área do tumor e de forma cada vez mais precisa. Embora não sendo um tratamento doloroso pode, no entanto, provocar grande cansaço; (3) Hormonoterapia, que consiste na administração de comprimidos hormonais, os quais, normalmente, não causam efeitos colaterais; (4) Terapêuticas dirigidas, onde se incluem os anticorpos monoclonais, ou terapêuticas com pequenas moléculas.

Em suma, o tratamento para o cancro pode ser local ou sistémico. No tratamento local recorre-se à cirurgia e à radioterapia para remover ou "destruir" as células do cancro na mama. Se este cancro estiver metastizado para outras partes do corpo, a terapêutica local pode ser usada apenas para controlar a doença nessa área específica, mas em mais nenhum local.

No tratamento sistémico, com recurso à quimioterapia, terapêutica hormonal e terapêuticas dirigidas verifica-se "entrada" na corrente sanguínea e "destruição" ou controlo do cancro em todo o corpo. Algumas mulheres com cancro da mama podem também receber terapêutica sistémica para diminuir o tamanho do tumor, antes da cirurgia ou da radioterapia, para que a intervenção seja menos extensa - tratamento neo-adjuvante. Outras, recebem terapêutica sistémica após a cirurgia e/ou radioterapia, para prevenir que alguma célula cancerígena tenha permanecido e seja responsável pelo retorno do cancro. Os tratamentos sistémicos também são usados no cancro metastizado.

Embora existam actualmente inúmeros medicamentos capazes de impedir ou diminuir os efeitos colaterais, a quimioterapia será a forma de tratamento que pode, de facto, causar mais mal-estar geral, como enjoos, falta de forças, cansaço fácil, secura da boca, alteração do

paladar, falta de apetite, diarreia, prisão de ventre, alteração de cor e aumento da intensidade do cheiro da urina; alteração menstrual, sendo mais frequente a falta de menstruação; secura vaginal; adormecimento dos braços e pernas e formigamento nas mãos e nos pés; queda de cabelo – que varia de pessoa para pessoa e é, geralmente, passageira, desaparecendo no final do tratamento.

Efeitos psicológicos decorrentes da alteração da imagem corporal

Em termos psicológicos, Ogden (2004) considera que as mulheres com esta doença podem atravessar as fases de choque (incredibilidade, negação), de angústia aguda (sentimentos de perda, luto, raiva, ansiedade, desamparo, desespero), de procura de significado, de procura de mestria e de melhoria da auto-estima.

Apesar da eficácia cada vez maior dos métodos de tratamento do cancro, materializada na sobrevivência crescente, os doentes têm que fazer face a uma doença potencialmente debilitante, à dor, à alteração da auto-imagem, à perda de funções fisiológicas e à morte. No caso específico do cancro de mama trata-se de uma patologia que, além do estigma associado à doença em si, pode provocar sofrimento físico e psicológico, por exemplo, devido à cirurgia de amputação de um órgão que simboliza a feminilidade, a maternidade e a sexualidade (Gimenes & Favero, 2000). Estudos têm vindo a demonstrar que em mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama, o impacto negativo em relação à actividade sexual e à imagem corporal é menor que nas doentes submetidas a mastectomia (Sales, Paiva, Scandiuzzi & Anjos, 2001).

Neste processo de tratamento, a mulher passa por vários lutos causados pela alteração da imagem corporal, pelas conseqüentes limitações da cirurgia e pelos tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonais a que muitas vezes estas mulheres são submetidas (Maluf, Mori & Barros, 2005). É comum a mulher vivenciar tristeza e baixa auto-estima devido à mutilação deste órgão visível e /ou aos efeitos secundários dos tratamentos.

A imagem corporal tem sido utilizada pela psicologia, porém o esquema corporal faz parte da imagem corporal, sendo impossível a constituição de um sem o outro, assim como é impossível a constituição de um corpo humano sem pensamentos e sentimentos (Maluf et al., 2005).

Foi na escola britânica que os estudos sobre imagem corporal foram sendo aprofundados, tanto nos aspectos neurológicos, quanto fisiológicos e psicológicos. O neurologista Henry Head, do London Hospital, foi o primeiro a usar o termo "esquema corporal" e também o primeiro a construir uma teoria na qual "cada indivíduo constrói um modelo ou figura de si mesmo que constitui um padrão contra os julgamentos da postura e dos movimentos corporais" (Fobair & Peto, 2000). Contudo, uma das maiores contribuições nesta área foi dada por Schilder (1999 cit. Herrmann & Luz, 2009), que desenvolveu a sua experiência na neurologia, na psiquiatria e na psicologia. Schilder considera a imagem corporal um fenómeno multifacetado. Analisou a imagem corporal não apenas no contexto orgânico, mas também na psicanálise e na sociologia e refere que a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também produto dos desejos, atitudes emocionais e interacção com os outros, além de não se constituir apenas de factores patológicos, uma vez que os eventos diários também contribuem para a sua construção.

A imagem corporal inclui imagens e representações mentais, mas não se reduz a tal. Do mesmo modo, não é também um espelho fiel do nosso corpo ou resultado da familiarização que desenvolvemos com o mesmo. Cada pessoa elabora, a seu modo, a imagem do seu próprio corpo, acentuando ou modificando as diferentes partes em função dos mecanismos inerentes à sua personalidade e das vivências passadas e presentes. A imagem corporal não é apenas consciente, é construída também em grande parte tomando como referência o corpo de outras pessoas. Constitui uma unidade adquirida gradualmente que pode ser alterada e destruída. Implica um esforço contínuo para dar estrutura a algo dinâmico – pois tratando-se de um organismo como um todo, uma alteração numa parte levará a alteração de toda a imagem corporal, visto que esta resulta de novas relações consigo mesmo e com os outros.

A imagem corporal diz, portanto, respeito ao modo como o indivíduo se vê, como percebe o seu corpo e como integra as partes constituintes, como se relaciona com os outros através do próprio corpo, como se sente em relação a ele, como espera que os outros o vejam, como lida com a imagem que os outros têm a seu respeito, ou seja, que percepções sociais, emocionais e físicas desenvolve em relação ao próprio corpo e constitui-se como um conceito integrante da saúde sexual (Sheppard & Appl, 2008). Indo ao encontro do defendido por Schilder (1999 cit. Herrmann & Luz, 2009) esta percepção do próprio corpo sofre a influência de três factores, que juntos compõem a imagem corporal: o fisiológico (mecanismos neurológicos), o psicológico (estrutura libidinal) e o social (influências do ambiente externo).

A imagem corporal será então a soma das atitudes conscientes e inconscientes que a pessoa tem a respeito do seu corpo, incluindo as percepções presentes e pasadas, assim como sentimentos sobre tamanho / extensão, função, aparência e potencial do corpo.

A definição de imagem corporal envolve assim elementos perceptivos e atitudinais (Cash, 2002). A dimensão atitudinal inclui a avaliação e satisfação com o corpo, assim como as crenças que os indivíduos têm relativamente à aparência. Esta componente cognitiva relaciona-se com o investimento que as pessoas fazem na aparência, ou seja, com a importância cognitiva, comportamental e emocional que atribuem à imagem corporal (Nazaré, Moreira, Canavarro., 2010).

O conceito de imagem corporal tem sido utilizado em estudos sobre doenças e situações da vida que, directa ou indirectamente, afectam a forma, função e aparência do corpo. Na sequência do que atrás se referiu, qualquer perturbação ou mudança orgânica pode levar a uma alteração na imagem corporal do indivíduo, o qual, frente a estas mudanças pode apresentar mecanismos de enfrentamento inadequados para lidar com os sentimentos gerados por estas transformações, podendo então surgir um distúrbio de imagem corporal.

O impacto negativo da imagem corporal em mulheres com cancro da mama está associado a um comprometimento da vida sexual, a um eventual receio de passarem a ser menos desejadas sexualmente e menos atractivas fisicamente, de experienciarem satisfação sexual com menor intensidade, de não se exporem intimamente, por sentimentos de inferioridade e de rejeição, de perda narcísica e por cognitivamente se percepcionarem como não intactas, não completas e não funcionando completamente (Palhinhas, 2000 cit. Ramos & Patrão, 2005), o que constitui um factor agravante na identidade feminina, na auto-imagem e no auto-conceito em que se baseia a atractividade física (Sheppard & Appl, 2008).

Os padrões impostos pela sociedade e incorporados pela pessoa tornam-a susceptível ao que os outros vêem como defeito, levando-a a concordar que ficou diferente do que deveria ser. As mulheres que passam pela mastectomia revelam a necessidade de recuperar o espaço corporal perdido, ainda que reconhecendo que a imagem de um corpo perfeito já não existe mais.

No geral considera-se que o investimento na imagem corporal é mais saliente nas mulheres mais jovens – logo, será também nesta faixa da população feminina que se verificará maior risco de distress psicológico secundário causado pelas alterações estéticas decorrentes do(s) tratamento(s) para o cancro da mama (Helms, O’Hea & Corso, 2008).

As interacções sociais diárias e a interferência dos meios de comunicação social na definição do belo e do atractivo levam a que, no caso da mulher, esta assuma determinados padrões de beleza, ainda que distantes da realidade humana. A par com certos pressupostos emanados pela cirurgia estética, é ditado que para a mulher se sentir atractiva, bela e sexy deverá ser (irrealisticamente) magra, moldar artificialmente as mamas (o que já não interferirá, necessariamente, no aumento de peso) e possuir um cabelo bem tratado (preferencialmente comprido). Face a tais imposições sociais a mulher diagnosticada com cancro da mama não se revê nem é incluída nesta parametrização, já que os respectivos tratamentos resultam habitualmente em ganho de peso, peito desfigurado ou perdido, perda de cabelo.

Em síntese, a imagem corporal é um conceito multidimensional que compreende os processos fisiológicos, cognitivos, psicológicos, emocionais e sociais em constante troca mútua. Esses processos podem ser influenciados pelo sexo, pela idade, pelos meios de comunicação e pela relação existente entre os processos cognitivos e o corpo, tais como crenças, valores e comportamentos pertencentes à cultura. Não obstante, a expressão “imagem corporal” engloba um desenho criado pela mente no qual se evidenciam o tamanho, o conceito e a forma do corpo, todos eles subsidiados pelos sentimentos (Damasceno et al., 2005; Almeida et al., 2005; Ferreira; Leite, 2002 cit. Helms et al., 2008).

A questão da imagen corporal relacionada com a sexualidade é de facto significativa, principalmente quando se trata de mulheres jovens. Em consequência dos efeitos psicossociais, emocionais e físicos dos tratamentos e, potencialmente, da limitação face à esperança de vida, um diagnóstico de cancro da mama será mais traumático para as mulheres mais jovens. Simultaneamente, prevêem-se alterações na vida sexual o que interfere com relacionamentos íntimos e com a qualidade de vida. (Berglund, Nystedt, Bolund, Sjoden, & Rutquist, 2001; Ganz et al., 2003; Knobf, 2001; Rogers & Kristjanson, 2002; Schover, 1994 cit. Bakewell e Volker, 2005).

Fobair et al. (2006) demonstraram que num estudo com uma população de 546 mulheres, metade experienciou duas ou mais situações problemáticas relacionados com a imagem corporal, e 17% vivenciou pelo menos uma. Entre as mulheres sexualmente activas, os maiores problemas de imagem corporal estavam relacionados com a mastectomia e a reconstrução da mama, com a perda de cabelo, com as alterações de peso, com perda de saúde mental, baixa auto-estima e com as dificuldades do parceiro em compreender os sentimentos da doente.

Efectivamente, na cultura ocidental, os estados de perturbação relacionados com a imagem corporal da mulher podem ser fonte de distress psicológico e interferir com o funcionamento noutras áreas. Com efeito, o diagnóstico e os tratamentos do cancro da mama na vida da mulher podem resultar numa série de reacções ao nível da identidade e da feminilidade, da valorização social, do funcionamento psicossocial como perceber o seu corpo desfigurado, a diminuição ou perda de actividade sexual, a auto-confiança, a angústia, o receio e a alteração no comportamento, o humor, a qualidade de vida.

Uma vez que a imagem corporal é construída a partir de comparações internas do self, deste com os outros e com o contexto cultural, o que frequentemente se verifica na clínica é que a mulher passa a perceber-se como sexualmente incompleta, mutilada. Frequentemente, sentimentos de inadequação sexual, de funcionalidade alterada, diminuição da libido, de perda de intimidade sexual com o(a) parceiro(a), surgem após o diagnóstico de cancro da mama e persistem até o tratamento estar concluído (Huber, Ramnarace & McCaffrey, 2006).

Não podemos esquecer que os seios são vistos como uma forma de expressão de feminilidade e sexualidade da mulher. São estruturas que, além de se desenvolverem como símbolos sexuais, desempenham também uma tarefa importante e exclusiva da mulher: a amamentação. A sua perda constitui, portanto, uma mutilação irreparável em determinadas situações da vida. Ao ser relacionada com a integridade física, a construção da auto-imagem fica possivelmente comprometida, o que pode modificar a identidade da mulher tanto nos aspectos sociais como sexuais. Em geral, após a cirurgia de retirada do tumor mamário, a mulher depara-se com uma mudança abrupta no seu corpo e terá então que reformular a imagem corporal que construiu durante toda a vida.

Quanto maior a importância atribuída pela mulher à imagem corporal e à aparência física mais esta experiência dificulta o ajustamento à vivência de cancro da mama e toda a alteração corporal decorrente da doença e dos meios de tratamento (Lichtenthal, Cruess, Clark, & Ming, 2005 cit. Helms et al. 2008).

Estudos demonstraram que pacientes mastectomizadas reportavam mais sentimentos depressivos e mais ideação suicida após a cirurgia, do que doentes submetidas a cirurgia conservadora / lumpectomia. Da mesma forma, investigações anteriores relacionam o distúrbio com a imagem corporal com a escolha do tratamento a seguir. Os factores que afectam a decisão da mulher em ser submetida a lumpectomia e radiação ou a mastectomia são determinados pelos efeitos (negativos) na imagem corporal – antecipando-se corpo

deformado e perda de feminilidade decorrentes da cirurgia. (Margolis et al., 1989 cit. Helms et al., 2008).

Uma investigação de Shoma, Mohamed, Norma, Amin, Ibrahim, Tobar et. al. (2009) na qual se pretendeu avaliar o efeito da cirurgia ao cancro da mama comparando-se a intervenção conservadora com a radical, na percepção da imagem corporal entre 100 mulheres egípcias pos-menopausadas, com idades compreendidas entre os 43 e os 82 anos veio demonstrar que a imagem corporal continua a ser um factor importante na mulher com cancro da mama e que esta variável não deverá ser ignorada nas opções a tomar relativamente ao tipo de cirurgia a praticar nestas doentes. Com efeito, a amostra dividida em dois grupos, em função do tipo de cirurgia anteriormente praticado (conservadora e mastectomia) e abordada nos momentos pré e pós operativos permitiu verificar a não existência de diferenças estatisticamente significativas no que se refere às componentes cognitivas, afectivas, comportamentais e avaliativas da imagem corporal entre os dois grupos, no momento pre-operativo. No entanto, a abordagem pós-operativa veio demonstrar que as mulheres submetidas a cirurgia radical revelavam maiores níveis de distress relativamente à imagem corporal, designadamente entre os aspectos cognitivos, afectivos e comportamentais. Esta conclusão é partilhada pelo estudo de Sebastián, Manos, Bueno e Mateos (2007). Nesta pesquisa foram analisadas as variáveis *imagem corporal* e *auto-estima* em três momentos: pré-tratamento, pós-tratamento (aproximadamente três meses após a cirurgia) e seguimento nove meses após a cirurgia). Se inicialmente não se verificaram diferenças entre os grupos e relativamente às variáveis sociodemográficas; às variáveis médicas (tipo de cirurgia e tipo de tratamento), à auto-estima, à imagem corporal e ao apoio social, os resultados vieram demonstrar que a imagem corporal das mulheres mastectomizadas foram piorando na fase de pós-cirurgia e de seguimento.

Outro estudo realizado no município de Feira de Santana, no Estado da Bahia (Brasil) por Amâncio, Santana e Costa (2007), que teve como objectivo analisar qualitativamente a percepção da auto-imagem corporal em mulheres mastectomizadas, atendidas numa clínica de oncologia permitiu reforçar que a imagem corporal elaborada pela mulher mastectomizada resulta da simbologia atribuída à mama, da forma como o diagnóstico de cancro é acolhido pela doente e do que constitui a mastectomia - sendo que as reacções face a esta intervenção dependem não só dos significados atribuídos individualmente ao corpo, como também ao contexto sócio-cultural em que a mulher está inserida.

Para além da amputação mamária, outro elemento corporal exerce influência na percepção da aparência. O cabelo exerce simbolismo transversal às várias culturas, em termos de afiliação religiosa, na beleza, na definição de género, na maturidade, na idade (Freedman, 1994 cit. Helms et al., 2008). Ao perder-se cabelo pelo efeito de agentes químicos utilizados no tratamento por quimioterapia a mulher tende a experienciar perda da sua individualidade e sexualidade, a considerar-se menos atractiva e a sentir que uma parte de si está a morrer (Batchelor, 2001 cit. Helms et al., 2008), o que constitui um factor na caracterização de uma imagem corporal menos favorável.

Considerando que para além da avaliação que se faz do próprio corpo há também investimento contínuo para dar estrutura a algo dinâmico, a imagem corporal e a aparência, justifica-se o apoio no ajustamento à doença e às transformações corporais decorrentes dos tratamentos (Lichtenthal et al. 2005, cit. Helms et al., 2008).

Intimidade emocional, física e sexual após o diagnóstico e tratamento da doença

Os resultados de um estudo de Cordova e Gee (2005) permitiram concluir que a capacidade para identificar e comunicar emoções estava associada ao relacionamento entre o self e o parceiro, ainda que com diferenças de género. Esta associação seria ainda mediada pela segurança íntima sentida pelos dois parceiros. Tal irá ao encontro de uma definição de intimidade, segundo a qual se trata de um processo causado por acontecimentos em que uma pessoa interpessoalmente mais vulnerável terá o seu comportamento reforçado pela resposta de outra (Cordova & Scott, 2001 cit. Cordova & Gee, 2005), envolvendo-se nesse processo vários níveis de partilha como as emoções, pensamentos, palavras, expressões físicas. Quando tal acontece aumenta a probabilidade deste comportamento por parte de um dos parceiros se repetir e exercer efeitos na relação a dois. Este processo designa-se por “formação íntima do parceiro” (tecnicamente referida como um ganho no controlo dos estímulos) e exerce alterações no relacionamento (Cordova & Gee, 2005). Na prática, défices emocionais, tanto para o homem como para a mulher, poderão diminuir a capacidade para a felicidade e para a sanidade conjugal. Por outro lado, este estudo permitiu concluir, igualmente, que a observação de capacidades emocionais permitiam ao próprio predizer o estado da relação.

Segundo Mirgain e Cordova (2007) as capacidades emocionais denotam duas características: (1) os desígnios emocionais são aprendidos no contexto das reacções emocionais; (2) tais desígnios variam de acordo com as características da relação interpessoal, em particular, com

a duração de relações íntimas consideradas saudáveis.

A parceria íntima forma-se a partir quer da acumulação de acontecimentos íntimos como da acumulação de acontecimentos supressivos – assim como da formação íntima do parceiro e da segurança íntima. Todavia, nenhuma destas facetas, isoladamente, definem adequadamente intimidade. As parcerias formadas maioritariamente sobre situações íntimas serão mais seguras que as desenvolvidas sobre acontecimentos supressivos (Cordova & Gee, 2005).

As características emocionais cujo efeito se verifica directamente na intimidade afectam o relacionamento conjugal. Por exemplo, as vulnerabilidades são partilhadas e expostas ao relacionamento íntimo, o que aumenta a vivência de experiências emocionais mais dolorosas (Mirgain & Cordova, 2007). A propósito, a comunicação efectiva das emoções constitui uma das principais formas de expressar vulnerabilidade entre parceiros, o que precipita acontecimentos íntimos. Especificamente, a capacidade de comunicação de emoções envolve mais a transmissão de emoções positivas (e.g. amor) e de emoções negativas não hostis (e.g. tristeza) do que a comunicação de emoções negativas hostis. Em termos de diferença entre homem e mulher a comunicação das emoções será mais importante na satisfação conjugal para o género feminino do que para o masculino, dado que a troca de informação emocional constitui um processo de socialização mais normativo para a mulher (Dindia & Allan, 1992 cit. Cordova & Gee, 2005).

O grau de intimidade no relacionamento interpessoal influencia a resposta emocional. Estas respostas são geralmente mais activas entre a população mais jovem que entre os mais velhos, o que sugere que os determinantes sociais nas relações interpessoais exercem influência sobre a emotividade (Kimura & Daibo, 2008). Nesta investigação estes autores demonstraram que as características das relações interpessoais, designadamente a intimidade e o estatuto social influenciam o contágio emocional. Por seu turno, o tipo de relacionamento praticado irá moderar as correlações entre as diferenças individuais relativamente à susceptibilidade emocional e à resposta emocional durante esse contágio.

De acordo com o modelo integrativo sistémico actual a propósito dos relacionamentos íntimos, os homens procuram mais sexo e distanciam-se psicologicamente, ao passo que as mulheres procuram a proximidade psicológica, temáticas de conversa auto-reveladoras e autonomia, o que nos transporta para processos de socialização, contextos culturais, estatuto sócio-económico e vivências parentais (Popovici, 2005). Angústia, ansiedade ou stress vivenciados por casais faz com que estes se sintam mais vulneráveis, entendam a intimidade

como algo ameaçador e tendam a afastar-se um do outro (Street, 1991 cit. Popovici, 2005). Contudo este evitamento ou falta de intimidade conduzirá á falta de satisfação entre o casal (Carr, 2000 cit. Popovici, 2005).

No âmbito da terapia gestaltica perspectiva-se a intimidade (psicológica, física e sexual) como uma das necessidades básicas humanas, que pode ser satisfeita através de sentimentos como o amor e que pode colmatar sentimentos de solidão, faltas de afecto ou de carinho.

Conforme a terapia cognitivo-comportamental os problemas relacionados com a intimidade têm sido negligenciados. A proximidade é vista como resultado de auto-revelação, de suporte emocional, de contacto físico e de companheirismo, podendo as crenças disfuncionais acerca da intimidade ser alteradas através de reestruturação cognitiva ou de experimentação comportamental (Kayser & Himle, 1994 cit. Popovici, 2005).

O Modelo de Desenvolvimento Contextual enfatiza que as estratégias de coping da díade podem ser modificadas ao longo da vida, em conjunturas específicas, em diferentes estádios da doença e em resposta à forma como o parceiro vai lidando com os elementos stressores. O processo de crescimento e de adaptação poderá também diferir numa fase mais adulta dos intervenientes e da relação, a partir de mudanças no desenvolvimento normativo, na regulação das emoções e nos processos conjugais. Consequentemente, estratégias de coping são accionadas pelo casal, sempre que este enfrenta questões relacionadas com a identificação, com os meios de tratamento e com a gestão diária da doença. Em suma, este Modelo atende à doença crónica como afectando não só o(a) doente mas igualmente o(a) parceiro(a) (Berg & Upchurch, 2007).

Em consonância com a perspectiva contextual social (Rogoff, 1998; Vygotsky, 1978 cit. Berg & Upchurch, 2007), este Modelo considera a díade como uma unidade, a ponto de as estratégias de coping desenvolvidas pelo paciente serem também extensíveis ao(à) parceiro(a) e vice-versa.

Entre os elementos stressores que os casais habitualmente enfrentam após o diagnóstico e tratamento para o cancro da mama contam-se a renegociação dos papéis e responsabilidades familiares, sentimentos de desigualdade, redução do desejo sexual e da actividade sexual, aumento das dificuldades financeiras, barreiras comunicacionais, pensamentos de mortalidade, de perda ou de abandono. No caso do cancro da mama tanto a doente como o parceiro reportam elevados níveis de angústia comparativamente com a população em geral. As estratégias de coping que o parceiro desenvolve, o seu apoio, comunicação, satisfação

relacional, cuidado com a adaptação da mulher à doença, são exemplos de mecanismos considerados significativos face às circunstâncias psicossociais da doente com cancro da mama. A percepção desse suporte por parte da mulher pode ser bastante significativo na adaptação à doença, no crescimento mútuo e profundo da relação - a ponto que nem o suporte por parte de amigos ou de outros membros da família poderá substituir um apoio inadequado por parte do parceiro – mesmo que tal apoio seja mais instrumental que emotivo (Fergus & Gray, 2009).

No casamento, esposos cuja conjugalidade se caracterize por uma maior qualidade frequentemente percebem o(a) esposo(a) envolvido(a) nas estratégias de coping da díade, como por exemplo, num comprometimento activo e pouco investimento em formas mais desajustadas (Coyne & Smith, 1991; Hagedoorn, Kuijer, et al., 2000 cit. Berg & Upchurch, 2007).

Esta investigação de Fergus e Gray (2009) refere que para os participantes na amostra o diagnóstico de cancro da mama constituiu uma situação para a qual doente e parceiro não estavam preparados. Não se tratava só ter de lidar com o stress associado ao prognóstico da doença como (duplamente) ter de se adaptarem às mudanças impostas no relacionamento. Face a este desafio, características pessoais como crenças, atitudes, reacções emocionais e comportamentos poderão fazer a diferença na adaptação à nova situação.

Apesar de considerada “irracional” a zanga foi um sentimento vivenciado por muitos parceiros, o que tornou mais difícil diferenciar-se zanga com a paciente da zanga para com a doença. E sempre que as tentativas para receber carinho por parte da doente falhassem, reforçava-se o seu sentimento de inadequação.

Wimberly, Carver, Laurenceau, Harris e Antoni (2005) cit. Huber et al., 2006 examinaram mulheres em relação amorosa durante o primeiro ano da cirurgia e longitudinalmente, depois do primeiro ano. As reacções dos parceiros foram acedidas indirectamente através das percepções destas mulheres, quer no que se refere à reacção face ao diagnóstico da doença e aos vários tipos de cirurgia. Verificaram que no primeiro momento foram descritas percepções positivas por parte do parceiro, o que remeteu para o estabelecimento de um ajustamento psico-sexual entre os casais e permitiu evidenciar sentimentos de feminilidade e de atractividade por parte dessas mulheres e níveis de satisfação conjugal mais elevados. Já a presença de angústia emocional foi apurada entre as mulheres que perceberam os seus companheiros como menos envolvidos emocionalmente. Daqui concluíram que o

envolvimento emocional do parceiro seria um forte predictor de ajustamento sexual, conjugal e emocional por parte da mulher com cancro da mama.

Satisfação sexual na mulher com cancro da mama: uma competência que se mantém?

Poderá alguém ser sexualmente competente e simultaneamente disfuncional? Num estudo qualitativo desenvolvido por Traeen (2008) a diminuição do desejo sexual depende de causas médicas / biológicas / sociobiológicas (idade, doença, distúrbio hormonal, efeitos medicamentosos), psicológicas (auto-percepção, disfuncionamento íntimo, atitudes, história de vida sexual), relacionais (comunicação interpessoal, satisfação com divisão doméstica das tarefas, satisfação com a relação), factores contextuais ou de abuso sexual. Epidemiologicamente, a prevalência de disfuncionamento sexual no mundo varia entre 8 – 35% nas mulheres e 3 – 4% nos homens com idades compreendidas entre os 18 e os 59 anos (Lewis et al., 2004 cit. Traeen, 2008).

Nos dias de hoje a sexualidade tornou-se parte integrante das competências sociais do indivíduo ainda que homem e mulher experienciem a sexualidade de forma qualitativamente diferente – os homens sentirão o desejo sexual de modo mais contínuo, enquanto que as mulheres percebem o desejo sexual de modo mais flutuante (Baumeister & Vohs, 2004; Hurlbert & Apt, 1994a, 1994b; Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, Pomeroy, Martin, & Gebhardt, 1953 cit Traeen, 2008).

Sendo a sexualidade um dos aspectos da qualidade de vida e uma parte integrante da vida humana está presente na personalidade de cada um e em todas as interações e contextos, está relacionada com o nosso bem-estar e auto-conceito, com a nossa vivência enquanto seres sexuais e como tal, não pode ser separada do estado geral de saúde (Sheppard et al., 2008).

A saúde sexual refere-se à competência para vivenciar a actividade sexual sem desconforto físico ou emocional (Bruner & Boyd, 1999; Mick & Cohen, 2003 cit. Bakewell e Volker, 2005). Com efeito, a sexualidade ultrapassa o âmbito dos genitais para se incluir no domínio bio-psico-social, sendo que no caso das doentes com cancro da mama as alterações biológicas referem-se aos distúrbios hormonais, ao medo, à diminuição da lubrificação vaginal devido aos tratamentos aplicados. Já os aspectos psicológicos dizem respeito à representação da imagem corporal a partir do estado de doença e em caso extremo, da amputação de uma ou das duas mamas com as consequentes repercussões na atracção sexual, na feminilidade, na

maternidade, na desejabilidade. Na ligação psico-social importa-nos atender à percepção da doente face à atitude do(a) parceiro(a), à satisfação sexual na relação conjugal / com o(a) parceiro(a) e a qualidade desta relação enquanto determinante no estabelecimento de outras relações interpessoais e na auto-confiança face a aspectos da doença (Garrusi & Faezee, 2008).

A sexualidade e a imagem corporal são conceitos centrais na identidade pessoal, no auto-conceito e nas relações interpessoais, sendo que todos estes aspectos ficam severamente comprometidos com o cancro da mama. Em concreto, consistindo a mastectomia numa amputação, altera a imagem corporal e limita as relações sexuais durante um período significativo de tempo.

Num estudo realizado no Brasil, Huguet, Gurgel, Pinto-Neto, Osis e Moraes (2007) concluíram que as mulheres na faixa etária 30-39 anos tinham scores mais baixos no domínio extrínseco da sexualidade ou no factor atractividade do que as que tinham idades compreendidas entre 40-40 anos e 60-69 anos ($p < 0.05$). Por seu turno, as mulheres com relacionamentos amorosos estáveis obtiveram melhores scores do que aquelas que não estavam num relacionamento, em termos de factores extrínsecos ($p < 0.05$). Ao nível dos factores intrínsecos verificou-se ainda que o nível educacional também afectava a sexualidade, com scores mais baixos para as mulheres com o nível primário ($p = 0.01$). As mulheres mastectomizadas que imediatamente procederam á reconstrução mamária obtiveram scores superiores quando comparadas com as que só tinham sido submetidas a mastectomia, no que diz respeito aos factores extrínsecos. Por seu lado, as doentes provenientes de classes sociais mais elevadas tiveram melhores scores nos domínios físico e contextual. Aliás, tanto a presença de parceiro como o benefício de um estatuto social superior preconizaram que estas mulheres teriam maior facilidade em obter suporte psicológico e social, bem como melhores condições de vida (no que diz respeito aos factores intrínsecos como aos factores extrínsecos). Zee, Huang, Mask, Wong, Chan e Yeo (2008) verificaram que mais de 40% de doentes de cancro da mama chinesas experienciaram, moderadamente, problemas com a sua saúde sexual. Os tratamentos a que eram submetidas exerceram grande influência no respectivo funcionamento sexual e nas actividades sociais de uma maneira geral, ao passo que o suporte afectivo por parte do parceiro predizia menor influência. No entanto a presença de uma criança no seio do agregado familiar a par com um maior suporte vindo do parceiro já justificava uma maior satisfação sexual. Uma alteração no relacionamento amoroso e uma

perda de auto-confiança eram fortes preditores de problemas na sexualidade, o que influenciaria a qualidade de vida. Estas pacientes provaram experienciar benefícios com a intervenção de um técnico em saúde sexual.

O suporte familiar por parte do parceiro ou por parte de outro membro familiar significativo provaram reduzir a influência do tratamento do cancro no funcionamento sexual. Uma mudança na relação amorosa e uma perda da auto-confiança eram fortemente associadas a mais problemas sexuais e a efeitos na qualidade de vida.

Tal poderá confirmar a teoria de vinculação do adulto (Bowlby 1969, 1973, 1980 cit. Butzer & Campbell, 2008) que postula que interacções precoces com outros significantes cria expectativas e crenças que conseqüentemente formam as percepções sociais e o comportamento e definem as relações futuras, em particular as relações com um parceiro na fase adulta. Deste modo, a relação entre satisfação conjugal e sexual poderá ser mais forte numas pessoas do que em outras.

Ainda de acordo com Butzer & Campbell (2008) indivíduos com parceiros evitantes reportam estar menos satisfeitos sexualmente no casamento, mesmo depois de confrontarem o parceiro com o seu evitamento. Ou seja, este efeito sugere que viver com um esposo emocionalmente distante e com expressões mais fechadas produz baixos níveis de satisfação no que concerne à relação sexual.

Daqui se conclui que, uma vez mais, o apoio do parceiro (e da família) parece ser determinante na sexualidade da doente e que níveis educacionais mais elevados contribuem para que a mulher percepcione melhor a sua sexualidade e esteja melhor dotada de recursos internos para lidar com a doença.

E agora, como lidar com uma nova imagem corporal e como ajustar a intimidade e a satisfação sexual?

No âmbito desta investigação, sugere-se a imagem corporal como uma variável moderadora entre as alterações corporais como a amputação de uma ou das duas mamas, a queda do cabelo, o eventual aumento de peso, as marcas cutâneas provocadas pela radioterapia, a conseqüente angústia psicológica e sobretudo, a sua influência nas relações conjugais íntimas. Em conformidade com o que vêm demonstrando outros estudos, pretende-se verificar até que ponto as relações conjugais experienciam stress substancial após o diagnóstico de cancro da

mama na mulher e na sequência dos tratamentos, se os processos de separação poderão ser iniciados por incapacidade em lidar com as limitações vivenciadas pela doente, se quem os inicia é o parceiro ou a própria doente – que poderá percepcionar o parceiro como passando a estar desinteressado e manifestando repulsa relativamente às alterações no corpo feminino e como tal, ela própria numa tentativa de auto-protecção, se vai afastando emocional e sexualmente, acabando por também criar problemas ao nível do relacionamento conjugal – ou se o cancro da mama veio tornar a relação mais próxima.

Da mesma forma, indo ao encontro da revisão teórica da literatura, prevê-se concluir que, apesar da doença e das suas consequências físicas, a manutenção de uma vida sexual saudável constitui um factor relevante na qualidade de vida destas mulheres.

Paralelamente, através dos instrumentos de avaliação que estão a ser aplicados neste estudo, permite-se também apurar os sentimentos de adequação ou de inadequação do(a) parceiro(a) face à nova situação e aos novos desafios emocionais impostos no relacionamento. Tal poderá causar nestes “co-protagonistas” redução da actividade sexual por receio de magoar a parceira doente, aliado ao facto de poderem sentir-se menos preparados emocionalmente para enfrentar as consequências da doença. Então importa atender a se, como que em substituição, passam a desempenhar um papel mais protector, o que não deixa de esconder alguma falta de comunicação com a doente relativamente à intimidade conjugal, por exemplo.

No entanto, o levantamento demográfico da amostra prevê que se considere o estado civil destas mulheres, para além da existência de relação a dois, actualmente. Na verdade, embora a maioria dos estudos privilegiem a relação heterossexual seria desejável obter-se matéria para analisar a realidade das mulheres que vivenciem relações homossexuais ou bissexuais ou que simplesmente não mantenham, de momento, qualquer tipo de relação amorosa. Em qualquer dos casos e pese embora existam algumas particularidades, será comum a todas que a vivência de cancro da mama interfira com a atractividade, com o sentirem-se menos desejadas pelos parceiros(as) ou por potenciais parceiros(as) e que a nova imagem comprometa o início da futura relação.

Poderá existir uma variação de ajustamento psicossocial, em função do suporte social que é percepcionado pela mulher com cancro da mama, pelo que não bastará receber o suporte social considerado necessário, importa que a mulher percepcione esse suporte social como adequado para que ele seja benéfico e ajude a melhorar o seu estado psicológico.

Aquilo que as mulheres considerem como útil por parte dos membros da sua rede social

poderá variar de acordo com as suas características psicológicas pessoais. Conforme as características das participantes e o suporte que considerem ter tido poderão chegar-se a algumas conclusões. As mulheres que potencialmente terão maiores necessidades de suporte (por exemplo, por terem que se submeter a tratamentos mais agressivos) serão, segundo a generalidade dos estudos anteriormente referenciados as mais passíveis de receber suporte. Por outro lado, mulheres de cor, mulheres com níveis de escolaridade mais baixos eram menos passíveis de vir a receber suporte.

Naturalmente que estas consequências do cancro da mama afectarão a saúde mental, com aumento da angústia, da ansiedade e até da depressão em ambos os parceiros, podendo mesmo ser extensível a outros membros da família.